FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINÔME DE LA PAROTIDE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAUL MICHAUX

DOCTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX
(ACCESSIT DE LA MÉDAILLE D'ARGENT AU CONCOURS DE 1880, 2e DIVISION)
PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

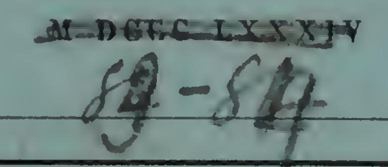
PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

~~M DCCC LXXXIV~~



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME DE LA PAROTIDE

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINÔME DE LA PAROTIDE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAUL MICHAUX

DOCTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX
(ACCESSIT DE LA MÉDAILLE D'ARGENT AU CONCOURS DE 1880, 2e DIVISION)
PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

M DCCC LXXXIV

AVANT-PROPOS

C'est incontestablement à l'observation clinique attentive, comprise dans son sens le plus élevé et le plus large que l'école chirurgicale française de nos jours doit la plus grande partie de son lustre et de son éclat.

Tracer d'une main sûre et dans un style simple et précis les règles qui la gouvernent, diriger nos interrogations et nos recherches en les rectifiant par un jugement basé sur des connaissances anatomiques approfondies, bien nous pénétrer enfin de son importance et de son utilité capitales à tous les points de vue, tel a été le but principal des enseignements de nos maîtres. Sans méconnaître les immenses progrès que l'anatomie pathologique et l'histologie ont fait faire à nos connaissances chirurgicales, j'ai donc pensé que c'était surtout sur le terrain clinique qu'il fallait se placer, et ce sont ces considérations qui

m'ont guidé dans le choix du sujet de cette thèse inaugurale.

Mais, il faut bien le reconnaître, cette tendance expérimentale, cette observation constante de chacun et de chaque jour ont singulièrement rétréci le champ que nos devanciers avaient encore laissé libre à nos recherches.

Nous avons eu cependant la bonne fortune d'observer en 1882, dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Simon Duplay, deux cas bien nets de cancer vrai de la parotide. — M. le professeur Trélat a bien voulu, d'autre part, avec une grande bienveillance, nous communiquer l'observation d'un troisième malade, enrichie de ses notes personnelles; je le prie de vouloir bien agréer l'expression de mes plus respectueux remerciements.

Ce sont ces trois observations qu'il nous a paru utile et intéressant d'étudier à fond et de rapprocher des observations analogues et des descriptions classiques pour contribuer dans une part, si modeste qu'elle soit, à fixer l'opinion sur ce point de la science chirurgicale.

Trois observations, c'est bien peu absolument parlant; c'est beaucoup relativement, sur une question scientifique où, en somme, « les observations se comptent, » comme le dit si bien Delorme (Art. PAROTIDE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*).

Tous les détails des observations que je rapporte ont été soigneusement étudiés par mon excellent maître M. Duplay; il y a ajouté des renseignements précieux, des idées neuves sur cette variété rare du squirrhe parotidien. Ce sont ces renseignements, ces idées, ces observations que j'ai mis largement à profit pour ce travail, et en offrant à mon cher et honoré maître la dédicace de cette thèse, je le prie de vouloir bien agréer l'expression de ma vive reconnaissance pour les excellentes leçons et les précieux conseils que j'ai reçus de lui pendant le cours de ma dernière année d'internat.

Je dois encore remercier mon excellent ami le docteur P. Bar, qui a bien voulu vérifier et traduire tous les mémoires anglais, américains et allemands qui pouvaient être rapprochés de mon sujet.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINÔME DE LA PAROTIDE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce qui frappe surtout lorsqu'on parcourt les différents travaux qui ont été publiés sur les cancers de la parotide, c'est la rareté extrême, non pas des bonnes descriptions, mais des observations précises : « C'est à peine, dit M. S. Duplay dans son *Traité de pathologie externe*, si on retrouverait cinq ou six cas de cancer dans les cinquante-deux observations de Bérard, le mémoire de Bauchet en renferme deux exemples, l'un dû à Robert, l'autre à M. Gosselin. Il faut y joindre huit ou dix cas que nous avons rencontrés dans les journaux français et étrangers. »

Mon excellent maître me permettra de montrer encore plus de rigueur que lui, et de ne considérer comme observations de valeur que celles où la date du début et les caractères de la tumeur cadrent franchement avec ce que nous savons des signes du cancer de la parotide ; le

sujet que nous étudions en ce moment ne peut que gagner énormément à être débarrassé d'un certain nombre de faits incomplets reproduits partout depuis la thèse de concours d'Auguste Bérard, faite d'ailleurs au point de vue de l'extirpation de la parotide et non de l'étude de ces tumeurs.

Ces réserves faites, abordons l'histoire du carcinôme parotidien.

Les premières notions historiques sur le *squirrhe* de la parotide, suivant l'expression de l'époque, se confondent absolument avec l'histoire des tumeurs parotidiennes, et encore la question n'est-elle traitée qu'au point de vue opératoire.

C'est à ce titre que l'ancienne Académie de chirurgie posséda quelques rares observations de tumeurs; plusieurs dissertations latines ont été soutenues également à la fin du XVIIIe siècle sur le squirrhe de la parotide et son extirpation, elles nous viennent d'Allemagne, et les plus connues sont celles des deux Siebold, en 1793 et 1797; il eût été curieux de connaître l'opinion de l'époque sur ce sujet, mais je n'ai pu me les procurer ni à la Bibliothèque nationale ni à celle de la Faculté.

Il faut arriver au commencement du siècle, et surtout vers 1820, pour trouver de bonnes descriptions du cancer de la parotide, et, chose bien remarquable, au milieu de la confusion regrettable créée par l'emploi du mot *squirrhe* pour une foule de tumeurs fort distinctes du cancer, on trouve cependant, semée çà et là dans les anciens auteurs, la preuve incontestable qu'ils ont observé quelquefois, et qu'ils savaient en général bien distinguer le cancer vrai de la glande parotide.

C'est à cette période de l'histoire que se rattachent les travaux de Braambergh, de Kyll en Allemagne, la thèse d'Hourmann et la publication d'un certain nombre d'observations intéressantes dans notre pays.

Les bonnes descriptions de squirrhe parotidien de Boyer et de Sabatier vinrent ensuite; elles démontrent nettement que les chirurgiens français de cette époque avaient observé et connaissaient de véritables carcinômes de la parotide.

En 1841, la thèse de concours d'Auguste Bérard sur les opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne, cette thèse, dis-je, marque une phase importante dans l'histoire des tumeurs de la parotide, elle résume les faits nombreux de ses prédécesseurs, les apprécie à leur juste valeur et constitue le plus précieux document pour établir les résultats de l'extirpation. Au point de vue du cancer, les succès opératoires obtenus et l'analyse minutieuse des faits montrent bien que les observations de carcinôme y sont excessivement rares.

A l'article Parotide du *Dictionnaire en* 30 *volumes,* l'auteur a résumé les principales idées contenues dans sa thèse; la description du *Dictionnaire en* 60 *volumes* paraîtra à côté bien pâle et bien incomplète. Viennent ensuite un excellent chapitre de Vidal de Cassis qui avait très bien observé le vrai squirrhe, et une description magistrale du *Compendium de chirurgie,* à laquelle on a bien peu ajouté depuis.

Ces divers travaux nous amènent à l'époque où, sous l'impulsion de Robin et de Lebert, la science histologique faisait de rapides progrès : dans l'article Adénôme du *Dictionnaire encyclopédique*, Broca indiquait les principaux

caractères de ces tumeurs; en 1858, Dolbeau publiait son excellent mémoire sur les enchondrômes de la parotide; les travaux de Broca, Verneuil, Robin, les discussions de la Société de chirurgie, auxquelles prenaient part Huguier, Gensoul, Chassaignac et d'autres encore, démontraient à côté de l'épithélioma des glandes sudoripares l'existence d'une variété analogue de tumeurs parotidiennes.

Enfin, vers la même époque, paraissait le mémoire de Bauchet sur l'hypertrophie parotidienne. — Tous ces travaux eurent un certain retentissement, ils marquent un pas dans l'étude si complexe des tumeurs de la parotide; mais le dernier mot n'a pas été dit, et nous croyons qu'il y a encore beaucoup à faire pour tirer de la confusion toutes ces variétés.

C'est l'œuvre des traités classiques, mais les éléments de ce travail sont encore bien disséminés, bien incomplets et bien peu nombreux. Malgré cela, le chirurgien qui relira avec soin les traités de Nélaton, de Follin et Duplay, en France, les travaux de Billroth, en Allemagne, de Paget, en Angleterre, pourra se convaincre des points importants acquis jusqu'à présent, il sera à même de formuler sûrement dans presque tous les cas le diagnostic clinique de carcinôme de la parotide. — Parmi les thèses plus récentes, je citerai, comme indiquant clairement le chemin qu'il reste à parcourir, la thèse de Planteau (1874) sur les tumeurs mixtes ou complexes de la parotide, celles de Jean (1873), de Branlat (1874) et enfin un très bon article de M. Delorme dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Depuis cette époque, les faits sont assez nombreux, mais encore disséminés et incomplets; je n'ai guère trouvé

qu'une étude d'ensemble sur le sarcôme de la parotide par Kauffmann. (*Archiv. f. Klin. chir.*, Berlin 1881.)

Avant de terminer cette courte étude historique, je voudrais encore indiquer rapidement la valeur des principales observations connues de carcinôme.

Les observations XLVI et XLIX de la thèse de Bérard sont des exemples avérés de cancer; il en est probablement de même des observations XXXVII et XL; les observations V, VI, X, XIII sont bien incomplètes; sur la limite du cancer et des tumeurs transformées je placerais l'observation LI, rangeant très franchement dans cette dernière catégorie les faits XXI, XXV, XLV et LII.

M. le professeur Richet relate un beau cas de cancer dans son *Traité d'anatomie chirurgicale;* Moore en a publié un exemple, sujet à discussion, dans le *Med. Times* d'octobre 1869; Otto Weber nous fournit le contingent de deux observations; celles de Triquet ne me paraissent pas concluantes à cause de la longue durée et des caractères de la tumeur; enfin la thèse de Planteau contient l'examen histologique d'un cancer opéré par Broca, mais l'histoire de la maladie fait défaut.

Outre ces observations, j'ai lu et vérifié toutes les observations de tumeurs parues en France depuis 1872, sans parler des anciennes; mon excellent ami, le docteur P. Bar, a bien voulu faire de même pour les observations anglaises, américaines et allemandes, et nous n'avons pas trouvé un seul fait complet, précis, de cancer vrai de la parotide.

Qu'il me soit permis d'ajouter cependant que, d'après les précieux renseignements que j'ai pu recueillir de la bouche d'un grand nombre de nos maîtres, quelques-uns

seulement ont rencontré des cancers parotidiens, surtout des encéphaloïdes, une ou deux fois des squirrhes.

Les observations sont donc excessivement rares, elles existent néanmoins certainement, et je serais heureux si ce modeste travail pouvait contribuer à la publication complète des faits analogues.

CHAPITRE II

DÉLIMITATION ET DIVISION DU SUJET

Les tumeurs de la parotide, comme toutes les tumeurs en général, peuvent être, en se plaçant au point de vue clinique, divisées en : *tumeurs bénignes, tumeurs malignes.* C'est d'ailleurs la division adoptée par les auteurs du *Compendium de chirurgie.*

Il n'y aurait rien à redire à cette classification si ces deux catégories de tumeurs présentaient des caractères différentiels bien distincts et établis d'une manière indiscutable.

Malheureusement il n'en est rien ; nulle part peut-être plus qu'à la parotide ces deux espèces de tumeurs ne se côtoient parfois de plus près, se confondant souvent l'une avec l'autre, se transformant même sans doute l'une en l'autre. — C'est là une considération de premier ordre, capitale, essentielle, que le chirurgien ne doit pas perdre de vue en présence d'une tumeur parotidienne dont il veut poser le diagnostic.

Ces considérations tirées des difficultés du diagnostic clinique sont encore corroborées par le peu de différences que donne pour certaines d'entre elles le dia-

gnostic histologique (voy. adénôme, chondrôme, sarcôme, épithélioma) ; et elles ont conduit à la création d'une classe intermédiaire de *tumeurs mixtes* bien décrites dans la thèse de Planteau sous le nom de *tumeurs hypertrophiques complexes de la parotide.*

J'ai lu avec soin un très grand nombre d'observations rentrant plus ou moins dans cette catégorie, et il ne m'a pas semblé possible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'y établir de divisions bien nettes.

Les tumeurs parotidiennes constituent, si on veut bien me permettre cette comparaison, une île chirurgicale encore insuffisamment explorée, et il nous a paru par trop téméraire de vouloir s'aventurer dans son intérieur, sans avoir auparavant établi sur ses bords des stations sûres qui puissent servir tout à la fois de points de départ et de repère à des études nouvelles.

Nous conserverons donc cette classe de *tumeurs mixtes,* y rejetant tout ce qui ne nous semble pas du vrai carcinôme, avec l'espoir que de nouvelles observations basées sur des examens histologiques et cliniques plus complets permettront sans doute un jour de démêler les éléments si variés et si multiples qui composent aujourd'hui cette catégorie.

Aussi bien, pour éviter autant que possible cette confusion, qui nous paraît le principal obstacle apporté jusqu'ici à l'étude des tumeurs parotidiennes, nous nous bornerons à l'étude du *cancer* proprement dit, ou mieux du *carcinôme* de la parotide, et comme dans les autres organes nous lui décrirons deux variétés principales :

1° *Le squirrhe;*

2° *L'encéphaloïde.*

« Ce diagnostic clinique de carcinôme, dit M. le professeur Trélat[1], est le seul qu'on puisse porter en présence de la confusion profonde qui règne encore dans l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. »

Chemin faisant, nous aurons occasion de parler d'un grand nombre de ces tumeurs complexes et de montrer en quoi elles diffèrent des véritables cancers. Ainsi limité, notre sujet gagnera beaucoup en précision et en clarté, et nous nous estimerions bien heureux si nous avions pu creuser un sillon durable dans l'étude des véritables tumeurs malignes, *cancers vrais* ou *carcinômes de la parotide.*

Avant d'entrer en matière je demande seulement la permission de répondre brièvement à une objection que l'on serait peut-être tenté de me faire : pourquoi, me dira-t-on, continuer d'employer ces vieilles dénominations cliniques de *squirrhe* et d'*encéphaloïde?*

Voici ma réponse : d'une part le sens précis attaché par nos anciens maîtres à ces deux mots au point de vue de la rapidité de la marche et par conséquent du pronostic de l'affection, et d'autre part, les caractères histologiques suffisamment tranchés qui les distinguent, m'ont paru des motifs suffisants pour ne rien changer à des termes consacrés par l'usage et la tradition. Et ne pourrais-je pas à mon tour demander à l'histologie quelles dénominations elle peut nous offrir qui soient supérieures ou seulement égales à celles-là?

Je tiens encore à signaler bien rapidement les points de comparaison si nombreux qui existent entre le cancer

1. Clinique du 18 décembre 1882.

de la parotide et celui du sein; j'ai trouvé, dans les caractères si magistralement tracés par Velpeau pour le squirrhe du sein, d'inépuisables richesses de descriptions que j'ai mises largement à contribution.

CHAPITRE III

NOTIONS ANATOMIQUES APPLIQUÉES A LA MARCHE DU CANCER PAROTIDIEN

L'étude anatomique et topographique de la région parotidienne a fait l'objet de tant de travaux, elle est si complètement traitée par les auteurs classiques que je ne me dissimule pas la témérité qu'il y a à l'aborder même en se plaçant au point de vue spécial de l'envahissement des tumeurs qui nous occupent.

Cependant l'observation de mes deux malades m'a révélé quelques particularités traitées trop superficiellement dans une description d'ensemble et qu'il m'a semblé utile de développer davantage. Je me bornerai strictement à l'étude des *connexions topographiques* et des *connexions lymphatiques* de la région parotidienne.

L'étude des *connexions topographiques* de la parotide est excessivement importante pour bien comprendre de quels côtés se font surtout les prolongements de ses tumeurs malignes.

En haut, l'articulation temporo-maxillaire et l'arcade zygomatique s'opposent au développement de la tumeur ;

celle-ci s'étend plutôt vers la joue, surtout quand elle envahit la parotide accessoire; quelquefois aussi, surtout à la fin de leur évolution, les carcinômes se prolongent vers le pharynx dont les épithéliomas peuvent inversement s'étendre secondairement à la parotide; mais c'est principalement en bas et en arrière que se développent les tumeurs malignes.

La glande, en effet, est en rapport immédiat avec l'orifice externe, la paroi antérieure du conduit auditif externe et le lobule de l'oreille. La peau de ce lobule se continue avec celle de la partie moyenne de la région parotidienne par un *pli* ou *sillon* plus ou moins libre et échancré à sa partie inférieure suivant les sujets ; le tissu cellulaire qui double cette peau se continue donc immédiatement avec la couche celluleuse de la région parotidienne, et l'on comprend bien qu'il se laisse facilement dédoubler et envahir par les tumeurs malignes de la parotide, particularité fort bien signalée déjà par Aug. Bérard.

En bas, la région parotidienne confine de très près à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, un peu en avant de laquelle elle est située et à laquelle elle est d'ailleurs réunie par un prolongement de l'aponévrose sterno-mastoïdienne, qui va se fixer à l'angle du maxillaire sous le nom d'*aponévrose d'insertion faciale* du sterno-mastoïdien (Richet); c'est là également que vient se terminer la loge parotidienne par une aponévrose plus épaisse, qui double les muscles styliens et le digastrique, et sépare ainsi la parotide de la glande sous-maxillaire, en élevant entre ces deux glandes une barrière que les néoplasmes franchissent très rarement.

Il n'en est peut-être pas de même de l'aponévrose

d'insertion faciale du sterno-mastoïdien. Cette lame adhère assez intimement au tissu cellulo-adipeux de cette région par des aréoles fibreuses, résistantes, contenant une graisse rougeâtre et unissant solidement la peau avec les attaches fibro-charnues de ce muscle (Richet). Rappelons encore que c'est sur la face externe du sterno-mastoïdien que s'étale l'éventail si riche des branches du plexus cervical superficiel ; et si l'on veut bien remarquer que c'est le long de ce tissu serré que se propagent vers le cou et le creux sus-claviculaire les néoplasmes qui nous occupent, on comprendra facilement les douleurs si vives dans les régions mastoïdienne, auriculaire et occipitale, douleurs observées fréquemment dans certains cas de cancers de la parotide sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Ce sont ces connexions topographiques qui nous expliquent comment les tumeurs malignes peuvent se prolonger vers la joue en s'étendant à la parotide accessoire, et comment, d'autre part, elles peuvent se porter plus fréquemment encore vers le lobule de l'oreille et le triangle sus-claviculaire en traversant la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne.

Mais la parotide n'affecte pas seulement des connexions extérieures avec les régions voisines, elle est traversée en outre par un certain nombre d'organes, vaisseaux et nerfs très importants qui nous expliquent tout à la fois et les symptômes observés et les difficultés extrêmes de l'intervention chirurgicale.

Pénétrant par la partie inférieure et un peu interne de la glande, l'*artère carotide externe* ne tarde pas à être rejointe par la veine jugulaire externe qui la côtoie en

dehors et un peu en arrière, elle monte vers l'articulation temporo-maxillaire, devenant de plus en plus superficielle à mesure qu'elle s'élève, émettant latéralement un certain nombre de branches massétérines et glandulaires et se bifurquant à sa partie supérieure en ses deux branches terminales.

Suivant Triquet, tantôt la carotide est contenue dans une simple gouttière glandulaire, dont elle est séparée par un ou deux petits ganglions, c'est le cas le plus fréquent; tantôt il y a un canal complet; tantôt encore l'artère est portée en avant et cachée par le bord postérieur du maxillaire inférieur; tantôt enfin l'artère est hors de la loge, un peu en avant et en dedans du sommet de la glande (cette disposition existait chez le sujet de notre observation I).

Ces deux vaisseaux, carotide et jugulaire externe, sont contournés en spirale par le *nerf facial* généralement recouvert par une certaine épaisseur de la glande, quelquefois très superficiel ; Triquet l'aurait trouvé accolé à la face profonde, et une autre fois séparé de la glande par un petit ganglion ; c'est dans la parotide que s'effectue la division du nerf en branches cervico-faciale et temporo-faciale.

Enfin, outre ces vaisseaux et nerfs principaux, la région parotidienne renferme *des vaisseaux et des ganglions lymphatiques* dont l'étude est de la plus haute importance pour notre sujet.

Ces *lymphatiques,* nés de la partie médiane du front au nombre de 10 à 12 troncs (Sappey), convergent vers les ganglions parotidiens en se portant obliquement en bas et en arrière. De la région pariétale antérieure des-

cend aussi un groupe de vaisseaux lymphatiques à direction verticale qui va aboutir comme le précédent dans les ganglions parotidiens.

Ces *ganglions* sont tous situés, dit Sappey, au-dessous de l'aponévrose parotidienne et disséminés dans l'épaisseur de la glande. Les uns sont situés plus superficiellement; ce sont les plus nombreux et, parmi ceux-là, il en est un constant, plus volumineux, placé en avant du tragus, ganglion préauriculaire. D'autres ganglions sont situés plus profondément, sur les vaisseaux qui leur servent de support; ce sont les aboutissants des lymphatiques de l'isthme du gosier (Sappey). Beaucoup de ces ganglions sont si minimes qu'on ne peut les voir qu'après avoir injecté les lymphatiques qui s'y rendent. Huguier (*Bull. Soc. chir.*, tome 1) indique un troisième groupe qui n'est plus admis aujourd'hui : ganglions superficiels ou sous-cutanés.

Des ganglions parotidiens et mastoïdiens les lymphatiques descendent en formant au cou une chaîne, dont les anneaux échelonnés sur le trajet de la veine jugulaire interne vont se continuer, en dehors avec les ganglions sus-claviculaires, en dedans avec les ganglions qui enlacent les troncs brachio-céphaliques veineux.

Telle est la description classique de M. le professeur Sappey; mais outre cette chaîne profonde, il m'a semblé que l'état pathologique déterminait quelques éléments d'une autre chaîne beaucoup moins importante, superficielle, partie des ganglions parotidiens inférieurs et mastoïdiens pour aboutir, après avoir croisé obliquement la partie supérieure du sterno-mastoïdien, pour aboutir, dis-je, à la partie supérieure du triangle sus-claviculaire,

où on les sent se continuer avec les ganglions de ce creux important.

Le temps m'a manqué pour vérifier cette hypothèse basée sur l'examen pathologique d'un de mes malades, mais j'ai trouvé, dans plusieurs auteurs, des descriptions analogues ; et si l'on veut bien se reporter aux belles figures des atlas de Bourgery et Jacob, de Bonamy, Broca et Beau, on verra comme moi, qu'une partie des lymphatiques mastoïdiens vient décrire une courbe à la partie postérieure et supérieure du sterno-mastoïdien, dans la région de ce tissu cellulaire dense déjà signalé. Ces auteurs ont figuré un petit nombre d'anastomoses qui croisent la face externe du muscle pour se jeter dans les ganglions de la mâchoire. Enfin on aperçoit très nettement un ganglion assez volumineux siégeant sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, à l'extrême pointe du triangle sus-claviculaire, ganglion auquel aboutissent les lymphatiques que nous venons de décrire et dont j'ai pu constater l'engorgement bien net chez un de mes malades.

C'est vraisemblablement le long de cette chaîne lymphatique que se fait une partie des prolongements ou irradiations vers le cou des tumeurs malignes de la parotide dont nous nous occupons, et c'est à ce titre que j'ai cru devoir insister tout particulièrement sur leur description détaillée.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Je ne crois pas possible, étant donné les notions bien imparfaites que nous possédons sur l'étiologie du cancer en général, de séparer l'étiologie du squirrhe et de l'encéphaloïde parotidiens de celle de l'épithélioma; nous étudierons donc les causes de ces trois variétés de cancer en nous attachant à faire ressortir les quelques données qui s'attachent plus particulièrement à notre sujet.

Le cancer parotidien est *primitif* ou *consécutif* à une dégénérescence des parties voisines. Ce n'est pas avec le petit nombre de faits publiés qu'on peut aujourd'hui décider lequel des deux est le plus fréquent.

Le cancer *secondaire* éloignant généralement encore plus toute idée d'intervention chirurgicale et ne présentant qu'un intérêt moindre, on conçoit que les faits signalés soient plus rares encore.

On en a observé deux ou trois cas consécutivement à un épithélioma du pharynx; mon excellent maître M. Berger en a récemment observé un fait dont le début remontait à deux ans, avec douleurs atroces et désordres considérables. (Communic. orale.)

On en a observé également à la suite d'un cancer du maxillaire inférieur ; peut-être s'agissait-il de sarcômes ; quelquefois aussi secondairement à un épithélioma de la face ou des joues. C'est sans doute dans ce sens qu'il faut interpréter quelques-unes des observations de Bérard, notamment les observations X, XI, XIII et la seconde observation de Triquet.

Branlat, dans sa thèse, rapporte d'après Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un fait curieux de dégénérescence secondaire de la parotide après un épithélioma de la conjonctive.

La possibilité de généralisation à d'autres viscères doit aussi trouver à cette place une première mention.

Nous arrivons au *cancer primitif*, la plus intéressante des deux variétés étiologiques. Malheureusement nous savons bien peu de choses sur ses causes ; je me bornerai à tirer quelques conclusions du rapprochement des faits dont j'ai eu connaissance, dans l'espoir qu'ils pourront servir un jour à fixer d'une manière plus sûre l'âge, le sexe et les autres conditions dans lesquelles le cancer parotidien se développe plus fréquemment.

Age. — « Le cancer parotidien ne débute guère que vers la fin de l'âge mûr », dit Delorme ; « dans tous les cas où le diagnostic a été fait, dit M. Duplay, *le cancer de la parotide s'est développé de* 35 *à* 50 *ans* ». Ces chiffres nous paraissent s'appliquer principalement à l'encéphaloïde ; mais cette variété peut se rencontrer chez des sujets plus jeunes, 25 ans dans le cas de Moore, 27 à 32 dans une ou deux observations de Bérard, le malade de M. Trélat avait 41 ans, c'est l'âge moyen de l'encéphaloïde.

Si, d'autre part, on remarque que les observations XIII, XVIII, XXXVII et XL de Bérard portent sur des sujets du sexe féminin, on pourra peut-être penser que, chez la femme, le cancer survient plus tôt que chez l'homme, ou, tout au moins, s'il ne s'agit pas de cancer vrai, que la transformation cancéreuse de la tumeur parotidienne s'opère plus vite. Le fait est à vérifier.

Quant au *squirrhe*, il survient plus tard, je crois, que ne l'indiquent les chiffres donnés plus haut. Notre premier malade avait plus de 70 ans, le malade qui fait le sujet de l'observation V du mémoire de M. Verneuil sur les diabético-paludiques en avait 71 ; dans deux faits analogues observés en ville par M. le professeur Gosselin et M. L. Labbé, les malades avaient plus de 60 ans.

Le *squirrhe diffus*, dont nous citons un exemple bien complet, évolue sans doute plus rapidement : notre sujet avait 52 ans ; cette distinction étiologique est d'ailleurs en rapport avec ce que nous savons de l'évolution de ces affections, et ces quelques données réclament le contrôle d'un nombre de faits plus considérable.

Sexe. — Relativement au sexe, c'est surtout chez l'homme qu'on a rencontré les cancers de la parotide ; toutes les observations de squirrhe dont nous avons connaissance appartenaient à des sujets masculins, je fais une exception pour une femme que j'ai rencontrée et dont je rapporte brièvement l'histoire fort incomplète, elle était certainement atteinte de squirrhe atrophique ; les quelques exemples rapportés par Bérard prêtent à la discussion, et en tous cas leur nombre ne saurait être mis en rapport avec celui des hommes atteints de la même affection.

L'*hérédité* existe manifestement pour le malade de

M. Trélat, elle faisait défaut chez nos deux sujets ; mais les renseignements à ce sujet sont souvent bien vagues à l'hôpital.

Peut-être pourrait-on attacher plus d'importance à l'existence de *lésions inflammatoires antérieures*, comme dans les commémoratifs de notre second fait. — Ce malade a eu, 20 ans auparavant, un abcès de la région parotidienne ; le même renseignement figure dans d'autres observations. — Ce sont des relations encore bien inconnues, mais elles n'en sont pas moins intéressantes à rapporter et elles serviront peut-être un jour à rattacher ces deux points si différents pourtant : inflammations plus ou moins prolongées et productions néoplasiques. C'est là une question délicate que je soulève sans la résoudre et qui n'est pas sans présenter un certain intérêt.

Le dernier paragraphe de ce chapitre doit comporter un autre desideratum que nous révèle l'observation V du mémoire de M. le professeur Verneuil[1] relativement au rôle des diathèses ; ce fait serait un exemple bien remarquable d'affection cancéreuse de la parotide chez un vieil officier d'état-major âgé de 71 ans, type remarquable de la coexistence du diabète et de l'impaludisme. — Les documents actuels ne nous permettent pas de trancher la question, nous ne pouvons que rapporter des faits. L'urine de notre malade ne renfermait pas de sucre et les autres observations sont également muettes sur l'existence d'antécédents diathésiques qui méritent d'être signalés.

1. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, novembre 1881, p. 1482.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du carcinôme de la parotide dans ses deux variétés, le *squirrhe et l'encéphaloïde,* présente bien des caractères communs, bien des signes différentiels.

Je ne séparerai point cependant les symptômes de ces deux variétés principales du cancer parotidien ; ce n'est pas que j'estime que cette distinction ne puisse être faite, (je résumerai plus loin les différences suffisamment tranchées, à mon sens, qui permettent au clinicien d'établir ce diagnostic), mais je crois que le tableau sera plus complet et plus saisissant en laissant constamment côte à côte, et en décrivant simultanément les caractères des deux variétés. Dans ce long parallèle les nuances les plus délicates ne seront que mieux perçues et en même temps nous éviterons tout ce qui pourrait être taxé de redite.

Le *carcinôme de la parotide* est caractérisé cliniquement par deux ordres de signes :

1° *Des symptômes fonctionnels;*

2° *Des signes,* ou mieux *des déformations physiques.*

Les principaux désordres fonctionnels sont :

1° *La paralysie faciale;*

2° *Les douleurs;*

3° *Les troubles de l'ouïe;*

4° *La gêne de la mastication;*

Celle des mouvements du cou;

Quelquefois, plus rarement, de la déglutition et de la respiration.

Les déformations physiques consistent :

En une *tumeur* dure surtout au début.

Fixe, immobile dès les premiers temps;

Adhérant rapidement à la peau et aux parties profondes;

Ayant grande *tendance à l'extension;*

Envahissant les ganglions;

Pouvant aboutir à l'ulcération et aux hémorrhagies;

A une cachexie plus ou moins rapide ;

Et à la généralisation du produit pathologique.

A ces caractères il faut en ajouter deux autres :

L'aspect général de la déformation:

Le malade horriblement défiguré par la coexistence de la tumeur et de la paralysie,

Et en second lieu la *marche* de l'affection.

I. SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Je commencerai par l'étude des désordres fonctionnels, non qu'ils précèdent la tumeur, mais parce qu'ils sont en général plus vite caractérisés et caractéristiques.

1° *Paralysie faciale.* — Un des premiers symptômes, un des plus constants et des plus importants, est sans con-

tredit la paralysie faciale. — Elle se présente presque toujours avec les caractères suivants :

« L'hémiplégie faciale, dit le professeur S. Duplay dans une de ses cliniques (*Progr. méd. juin* 1877), peut ne porter que sur les muscles innervés par la branche cervico-faciale du nerf facial, et elle se traduit par la paralysie du buccinateur et de l'orbiculaire des lèvres ; le malade ne peut ni souffler, ni siffler, et, dès qu'il essaye de rire, sa commissure labiale paralysée est attirée du côté sain ; d'autres fois elle atteint également la branche temporo-faciale, le muscle orbiculaire des paupières étant alors paralysé, la paupière supérieure est relevée par la conservation du releveur de la paupière ; la paupière inférieure, au contraire, est tombante, l'œil à découvert, larmoyant, la conjonctive plus ou moins injectée, ces troubles pouvant aller jusqu'à altérer la vision dans une certaine mesure. La paralysie est, bien entendu, unilatérale et du même côté que la tumeur.

Cette hémiplégie faciale est indiquée partout comme un des bons signes de l'affection, elle est apparue très rapidement dans les *squirrhes* que nous avons observés, puisqu'elle existait avant même que les malades se fussent aperçus de leur tumeur parotidienne ; dans les deux cas elle était complète.

S'il s'agit d'un *encéphaloïde* au début, la lésion est quelquefois plus superficielle, plus limitée, elle peut ne pas s'accompagner immédiatement de paralysie faciale, mais celle-ci surviendra toujours à une époque plus ou moins éloignée et au plus tard dans les 4 ou 6 premiers mois ; dans des cas de ce genre, on comprend facilement que la paralysie puisse rester limitée à l'une des bran-

ches terminales du nerf, ordinairement l'inférieure.

Je ferai remarquer, à l'appui de ce que j'ai dit des observations de Bérard, que la paralysie faciale n'est donnée comme signe de la tumeur que dans un très petit nombre de ces 52 observations.

On est moins bien fixé sur la pathogénie de ce symptôme, mais, quand elle survient rapidement, il y a certainement envahissement et non compression du nerf; quelques auteurs l'ont trouvé intact dans leurs extirpations, et M. Verneuil a pu, en morcelant la tumeur, conserver le nerf facial qui la croisait tranversalement (Comm. orale); il est probable que, dans la plupart de ces cas, on n'avait pas affaire à de véritables cancers.

2° *Douleurs.* — Après la paralysie faciale, on a signalé des douleurs vives, irradiées dans la partie inférieure de la face, la région mastoïdienne, la nuque, et surtout dans le cou, irradiations bien faciles à comprendre après ce que nous savons des prolongements de la tumeur, et de leurs rapports avec le plexus cervical superficiel.

Dans le *squirrhe*, du moins dans les observations dont nous avons eu connaissance, les douleurs ne sont pas très vives, surtout dans les premières années; quelquefois elles manquent presque complètement, ou bien sont remplacées par des picotements ou des fourmillements de la région, troubles nerveux qui pourraient peut-être également être rapportés aux troubles de calorification de la peau sur lesquels nous allons avoir à revenir.

Dans l'*encéphaloïde* au contraire, les douleurs sont généralement vives, précoces, parfois extrêmement intenses ou même atroces au point de provoquer une insomnie continuelle, de nécessiter des doses énormes d'injections

morphiniques (clinique de M. Trélat), et même, dans quelques cas exceptionnels, l'indication d'une intervention chirurgicale dont on s'abstiendrait en toute autre circonstance.

Manquant au début dans les *tumeurs mixtes* ou *complexes,* on les voit survenir au moment de la transformation maligne de ces tumeurs dont elles constituent un des meilleurs indices; elles sont en général plus vives au moment des poussées d'augmentation que l'on a notées dans l'histoire des tumeurs complexes ou des encéphaloïdes de la parotide. Elles sont aussi, pour le dire en passant, rares et peu marquées dans l'épithélioma (Duplay).

La *sensibilité cutanée de la face* est conservée, qu'il s'agisse d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde, c'est là un caractère négatif constant, sans grande importance d'ailleurs, puisque les points d'émergence des branches de la cinquième paire crânienne sont fort éloignés des propagations des cancers parotidiens.

3° L'*état de la fonction auditive* est également fort intéressant à étudier : « Il est fréquent, dit M. Duplay (dans la clinique à laquelle nous avons fait allusion plus haut), de voir les tumeurs malignes de la parotide se compliquer d'écoulements muco-purulents de l'oreille et produire, par effacement du conduit auditif externe, divers troubles de l'ouïe caractérisés par des bruits anormaux ou une diminution dans l'acuité de ce sens. »

C'est qu'en effet on voit dans le *squirrhe* l'induration et le gonflement s'étendre non seulement au pavillon de l'oreille qui semble se recroqueviller vers l'orifice du conduit auditif, mais encore à toute la cavité de l'oreille

externe dont elle épaissit les tissus au point de rendre parfois l'exploration au speculum presque impossible, comme cela avait lieu chez un de nos malades.

Le suintement observé dans certaines formes d'*encéphaloïde,* les écoulements sanieux de l'ulcération de ces tumeurs, nous expliquent pourquoi c'est plutôt dans ces formes que l'on observe les écoulements séro-purulents.

A côté des troubles de l'ouïe et parce qu'ils sont surtout marqués au pavillon de l'oreille, se placent les *troubles de calorification.*

Les *squirrhes* et surtout les *squirrhes diffus* ou *en plaques* s'accompagnent souvent d'une vive rougeur de toute la peau voisine (obs. II). Cette rougeur peut sans doute être liée à la nature même de l'induration, mais exceptionnellement le grand sympathique peut être irrité, et on pourrait trouver dans cette lésion l'explication des fourmillements, picotements ou sensations de chaleur indiqués par le malade.

Dans quel état se trouve la *fonction salivaire* de ce côté? C'est ce que j'ai cherché en vain à savoir et à reconnaître chez mes malades; les auteurs ne m'ont du reste fourni aucun renseignement sur ce point.

4° *Troubles fonctionnels de compression.* — Enfin lorsque les tumeurs atteignent un certain volume ou une certaine étendue, elles amènent de la gêne fonctionnelle de la mastication, de la parole, outre celle qui est le fait de l'hémiplégie faciale, et même de la difficulté dans la déglutition ou la respiration.

Dans le *squirrhe atrophique* ou *diffus* cette gêne porte surtout sur le maxillaire inférieur, elle s'explique suffisamment par l'induration et la rétraction de la peau, la

consistance ligneuse de la parotide, l'enclavement et la fixité de la tumeur dans l'échancrure parotidienne.

Les prolongements de l'*encéphaloïde* peuvent s'étendre plus loin, surtout lorsque la tumeur est devenue très volumineuse, et on peut observer des troubles de la déglutition dus au voisinage du pharynx, des troubles de la respiration liés sans doute à l'engorgement ganglionnaire cervical.

Une autre gêne qui n'est guère signalée et sur laquelle nous croyons utile d'attirer l'attention, c'est la *gêne des mouvements du cou,* sorte de torticolis spécial au *squirrhe,* dû tout à la fois à l'immobilisation, à l'adhérence et à l'induration du sterno-mastoïdien transformé en véritable plaque inextensible, ainsi qu'au volume et à l'engorgement ganglionnaire qui constitue également une véritable corde noueuse et inextensible, étendue du creux parotidien au creux sus-claviculaire. Ce torticolis peut produire naturellement des attitudes un peu variées de flexion latérale ou de torsion; c'est toujours une déformation sensible qui appelle l'attention et qui ne doit jamais être plus marquée qu'elle ne l'était dans l'observation de squirrhe diffus que nous rapportons plus loin; il y a là analogie complète avec l'immobilisation de la poitrine dans le cancer en cuirasse du sein.

Cette gêne fonctionnelle du cou pourra dans d'autres cas, comme dans certains encéphaloïdes volumineux, être due bien plutôt au volume de la tumeur déterminant alors des déformations considérables de la région, fort visibles par la partie latérale ou postérieure.

Tels sont les principaux désordres fonctionnels; ils sont importants sans doute, mais non pathognomoni-

ques, les caractères de la tumeur et sa marche sont absolument nécessaires à la fixation du diagnostic.

DÉFORMATIONS PHYSIQUES

Tumeur; ses caractères. — La tumeur *squirrheuse* de la parotide s'est présentée à nous sous deux types différents, offrant avec les tumeurs analogues du sein une analogie absolue qui était certainement un de leurs caractères les plus remarquables.

Nous avons déjà signalé ces relations, les auteurs du *Compendium* les avaient mentionnées longtemps avant nous pour les tumeurs bénignes.

Les deux types de squirrhe parotidien que nous avons rencontrés sont :

1° Le *squirrhe atrophique de la glande;*

2° Le *squirrhe en plaques* ou *diffus* de la région parotidienne.

Dans le *squirrhe atrophique,* le caractère dominant est une *rétraction,* un *ratatinement,* dit Billroth, plus ou moins rapide, portant d'abord sur la glande, envahissant ensuite les parties voisines qu'elle laboure de rainures ou rigoles qui s'en éloignent en manière de rayons circonscrivant des séries également radiées de bosselures qui vont en se dégradant à mesure qu'on s'éloigne de la glande. — La tumeur, généralement assez mal limitée, tantôt aplatie, tantôt bosselée, peut présenter à son centre une dépression plus ou moins large qui peut aller jusqu'à l'excoriation et même l'ulcération comme dans notre observation I. — On dirait que les cloisons fibreuses de la glande veulent étouffer les éléments glandulaires

qu'elles séparent normalement, et ce ratatinement, qui est pour Billroth un des premiers faits anatomiques du cancer, n'est jamais plus marqué que dans le squirrhe atrophique.

Dans le *squirrhe en plaques* ou *diffus,* la tumeur, soit qu'elle ait débuté dans la peau, soit que, siégeant primitivement dans la glande, elle n'ait envahi le derme que secondairement, « la tumeur est constituée par des téguments durs au toucher, rugueux, coriaces, épaissis, d'une teinte rouge très marquée chez notre malade ; il semble, comme le dit si bien Velpeau, à propos du squirrhe en cuirasse du sein, que les téguments aient été *tannés,* que ce soit une portion *de cuir ferme,* qui ait pris la place de la peau naturelle ». La masse indurée plus ou moins inégale, étendant en tous sens ses prolongements rameux mal délimités, se propage surtout vers la partie supérieure du cou et la région mastoïdienne, formant ainsi un collier de fer, une véritable minerve qui étreint les tissus, empêche tout mouvement et détermine un torticolis fort remarquable.

Qu'il s'agisse d'un squirrhe atrophique ou d'un squirrhe diffus, la lésion s'étend rapidement au pavillon de l'oreille qu'elle recroqueville vers la conque ; elle pousse ses prolongements vers la région mastoïdienne et constitue ainsi avec les déformations décrites précédemment un ensemble fort varié dans ses aspects suivant qu'on l'examine de face ou de profil. Nous reviendrons encore sur le contraste douloureux et la coexistence de la tumeur et de la paralysie faciale.

Un autre caractère important c'est l'*immobilité de la tumeur, dès les premiers temps* (Vidal), *fixité, adhérence*

superficielle aux téguments, profonde, au creux parotidien, à la mâchoire inférieure, à la partie supérieure du cou.

Tumeur dure, bosselée, inégale, adhérente partout et surtout à la peau, se prolongeant peu en haut, s'étendant au contraire davantage vers la joue dans la parotide accessoire et surtout vers l'oreille, la région mastoïdienne et le cou : tels sont les caractères principaux de la *tumeur squirrheuse parotidienne.*

Combien est différent l'aspect de l'*encéphaloïde :* « Lorsque, dit M. Duplay, le cancer encéphaloïde débute au centre de la glande il forme une petite masse assez molle, paraissant quelquefois mobile au début. » Mais c'est là une fausse mobilité due aux lobules glandulaires voisins demeurés intacts. « Dès que la tumeur a atteint le volume d'un œuf, la loge parotidienne devient trop petite pour la contenir, l'aponévrose ne se distend pas, elle se détruit.

Le carcinôme ayant rompu cette dernière barrière se développe alors sous la peau en un énorme champignon plus ou moins irrégulièrement bosselé ; sa consistance rappelle celle des engorgements subinflammatoires ; loin d'attirer la peau à elle, la tumeur encéphaloïde la repousse au contraire et l'amincit, en même temps qu'elle lui donne un aspect luisant et poli ; la bosselure la plus saillante devient de plus en plus rouge et violacée ; la saillie de toute la région est bien plus considérable, bien différente de l'aspect du squirrhe, elle est encore accrue par un *engorgement ganglionnaire* qui peut prendre de grandes dimensions. — Les *bosselures* ou *tubercules* présentent rarement la même consistance ; les plus récents sont plus

durs, les plus anciens sont plus mous, enfin l'*ulcération* survient, bourgeonnante, sanieuse, sécrétant un ichor fétide dont l'odeur gêne beaucoup le malade et ceux qui l'approchent; les bords de cet ulcère sont renversés en dehors, le fond est constitué par des bourgeons fongueux plus ou moins putréfiés et saignant facilement; à ce moment l'invasion ganglionnaire s'accroît beaucoup, les douleurs augmentent d'intensité, tout se réunit pour faire de l'encéphaloïde de la parotide une des plus horribles affections cancéreuses.

Nous avons vu que dans le squirrhe cette ulcération était plus rare, plus tardive, plus étroite, moins profonde, moins extensive.

De l'ulcération aux *hémorrhagies,* il n'y a qu'un pas, et ici encore notons des différences bien importantes entre le squirrhe et l'encéphaloïde.

Dans le premier les éléments vasculaires, comme les autres, sont comprimés avant d'être détruits, *pas d'hémorrhagie;* il n'en va pas ainsi *de l'encéphaloïde;* là l'élément vasculaire est toujours singulièrement développé, les parois des vaisseaux sont dégénérées, détruites, et par suite, de *fréquentes hémorrhagies* en nappe jusqu'à ce que, l'ulcération ayant atteint quelque gros vaisseau, il survienne une hémorrhagie foudroyante ou rapidement mortelle.

Ce caractère, d'ailleurs, n'est pas spécial au cancer, on le retrouve également dans le sarcôme à marche rapide.

Les hémorrhagies et l'écoulement sanieux n'existant pas dans le squirrhe, la généralisation étant plus lente; plus tardive, on comprend que la cachexie ne survienne que très lentement tandis qu'elle est précoce dans son

apparition, rapide dans ses allures lorsqu'on a affaire à un carcinôme.

Il nous reste encore à parler de l'*engorgement ganglionnaire;* lente dans le *squirrhe,* la lésion s'étend des ganglions parotidiens aux ganglions du cou et aux ganglions sus-claviculaires ; de plus, les divers ganglions intéressés forment une chaîne dure dont les renflements peuvent être reliés par des lymphatiques plus ou moins volumineux dont les cordons indurés sont sensibles et quelquefois visibles à travers les téguments épaissis. — Ces cordons si marqués dans nos observations existaient aussi dans le cas de Moore (S. Duplay).

Dans l'*encéphaloïde* les ganglions forment une masse plus considérable bientôt confondue avec la tumeur dont ils augmentent le volume, et pouvant comme elle, quoique plus tardivement, se ramollir et même exceptionnellement s'ulcérer.

Je dois encore mentionner un signe de malignité donné par le professeur Richet : Si par erreur on vient à piquer avec le bistouri une tumeur bénigne, cette piqûre guérit très facilement; s'il s'agit d'une tumeur maligne l'ouverture s'agrandit; la masse morbide fait fongus au dehors et l'évolution est excessivement hâtée. Ce signe n'est pas spécial au cancer, je l'ai observé dans un cas de sarcôme malin.

Nous en avons fini avec l'énumération des symptômes, il nous reste à voir comment marchent ces tumeurs, combien de temps elles durent, de quelle façon elles se terminent.

Les jalons que nous avons posés nous permettent cependant dès à présent, et sans prétention à vouloir par-

faire le diagnostic, d'établir que le carcinôme parotidien a des caractères remarquables, tranchés, bien différents suivant qu'on a devant les yeux un squirrhe ou un encéphaloïde.

Enfin, si l'on veut bien nous le permettre, nous pousserions plus loin la distinction, nous décririons un *squirrhe atrophique*, cancer de la glande, un *squirrhe en plaques* ou *diffus* dont le point de départ n'est pas établi, mais que l'on peut toujours étudier comme affection de la région parotidienne.

En émettant cette conclusion basée sur un si petit nombre de faits, nous faisons appel aux observateurs futurs dans l'espoir que d'autres cas aussi précis, aussi nets viendront vérifier nos recherches et redresser ce qu'elles auraient pu présenter de fautif et d'incomplet.

CHAPITRE VI

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS

Ainsi que nous l'avons déjà vu, la marche du carcinôme est très importante. — La tumeur survient à la fin de l'âge mûr, plus tôt pour l'encéphaloïde, plus tard pour le squirrhe; ordinairement un peu avant la paralysie faciale ou les douleurs, le malade s'aperçoit par hasard, en portant la main à sa joue ou en se rasant, de l'existence d'une petite tumeur ou induration, et à ce propos, comme le fait si justement remarquer le professeur Trélat, il faut bien se garder de prendre pour le véritable début de la tumeur l'époque indiquée par le malade, surtout par le malade d'hôpital peu attentif à sa personne, s'écoutant fort peu, ressentant peut-être moins vivement.

Puis l'affection suit son cours dans le squirrhe avec une lenteur remarquable qui lui imprime un caractère spécial. — Il nous a semblé aussi que la forme de l'affection influençait également la marche, ce qui est d'ailleurs pleinement en rapport avec ce que nous savons des tumeurs du sein.

Il semble qu'à la parotide, comme dans la glande mammaire, le squirrhe atrophique évolue avec une lenteur

bien plus grande que le squirrhe diffus; l'étude de la durée nous fera mieux encore apprécier ces différences et le contraste qui existe avec la marche rapide de l'encéphaloïde.

La durée de cette dernière variété ne dépasse guère un an à deux ans au plus, dix mois à peine dans le fait de M. Trélat; elle se prolonge plus de cinq ans chez le sujet de notre observation I; après deux ans et demi, le squirrhe diffus n'avait pas terminé son évolution, bien que sa marche rapide laissât prévoir une fin assez prochaine.

Lenteur du processus, longue durée d'évolution ne sont pas les seuls caractères du squirrhe; on doit encore mentionner une régularité remarquable de marche qui n'existe pas, au moins au même degré, en cas d'encéphaloïde, car on observe alors parfois des poussées d'une rapidité et d'une puissance extensive vraiment surprenantes.

Quant aux *terminaisons,* nous ne pouvons indiquer toutes les variétés qui pourront se présenter; cette étude demanderait à être étayée par un plus grand nombre de faits.

La cachexie survient vraisemblablement tardivement dans le squirrhe; dans l'encéphaloïde, au contraire, l'état général atteint dès le début du mal, et d'une façon d'autant plus saisissante qu'il s'agit d'individus encore dans la plénitude de leur vigueur et de leur force, cet état s'aggrave encore par l'ulcération, et la mort survient, dans les limites indiquées plus haut, soit par hecticité et marasme consécutifs à des hémorrhagies répétées, à une suppuration sanieuse, fétide et prolongée, à un commencement de putréfaction des bourgeons cancéreux qui in-

fecte toute l'économie, soit, par suite d'une hémorrhagie foudroyante par ulcération d'un des gros vaisseaux profonds de la région. Dans quelques cas plus rares, la scène se termine par des phénomènes cérébraux liés à la compression des vaisseaux ou à la thrombose de la veine jugulaire interne ou même à l'envahissement de cette veine par les produits néoplasiques comme en fait mention l'autopsie du malade de Béclard (Obs. LI, de la thèse d'Aug. Bérard).

Enfin ce chapitre comporte encore la mention très importante des *récidives,* rapides en cas d'opération, récidives sur place à propos desquelles je dois indiquer sous toutes réserves, bien entendu, cette remarque curieuse de Paget (*Lectures on surgical pathology*, p. 689), à savoir qu'on peut en poursuivant une tumeur incomplètement extirpée amener sa guérison, et qu'en tous cas ce qui reste de la tumeur ne marcherait pas plus vite. — Ce n'est pas tout; l'affection peut se généraliser à l'estomac, au foie, aux poumons, partout; les faits cités par Bérard nous en offrent un certain nombre d'exemples dans les cas les plus rapprochés de notre description. Cette généralisation existait nettement chez le malade de M. Trélat, et en effet elle manque bien moins, elle s'opère bien plus vite dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe; c'est un dernier caractère différentiel.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les caractères macroscopiques et histologiques du carcinôme parotidien ne diffèrent guère de ce qu'on sait du cancer des autres organes ; cependant les autopsies et les examens histologiques sont si rares qu'on voudra bien nous permettre de citer les principales remarques qui nous ont été suggérées par les examens si complets de M. le docteur Latteux, pour l'encéphaloïde, de mon excellent collègue et ami le docteur Bourcy, pour le squirrhe atrophique que je lui avais confié.

Cette étude anatomo-pathologique comporte des questions de deux ordres :

1° Des descriptions particulières du squirrhe et de l'encéphaloïde ;

2° Des questions de pathologie générale encore bien peu connues.

I. Description des caractères anatomo-pathologiques du carcinôme

Les *carcinômes,* dit Billroth, sont des tumeurs à croissance rapide, qui sont toujours infectieuses; non seule-

ment ils présentent une grande tendance aux récidives sur place, mais très fréquemment encore les ganglions voisins sont affectés et on peut assister au développement successif de tumeurs semblables dans d'autres organes.

Cet auteur les divise en cancers *mous* ou *végétants*, ce sont les *encéphaloïdes;* et en cancers *durs* ou *cicatrisants*, ce sont les *squirrhes*.

1° *Du squirrhe.* — Comme au sein, dit M. Duplay, le squirrhe de la parotide est une tumeur dure, fibreuse, quelquefois ligneuse, d'un blanc grisâtre à la coupe, formant une masse plus ou moins rétractée, généralement mal limitée, envoyant des prolongements très denses entre les lobules de la glande et adhérant fortement aux parties voisines. — Il n'est pas rare de rencontrer surtout à la périphérie de la tumeur des lobules glandulaires encore sains ou des îlots graisseux séparés par des rayons de tissu blanchâtre et dur.

Parmi les détails que je tiens à relever dans l'autopsie de notre observation I, on me permettra de faire remarquer que la *peau*, tout en faisant corps avec la tumeur, présentait des lésions macroscopiques relativement peu marquées sur le cadavre, qu'elle adhérait relativement peu à la tumeur dont le tissu blanchâtre se prolongeait dans le derme, qu'elle était là infiltrée d'une petite quantité de sérosité jaunâtre que je ne saurais mieux comparer pour la couleur qu'à celle du glyôme et sur la nature de laquelle je n'ai pu être édifié, aucun élément histologique particulier n'étant venu en indiquer la nature même pour un esprit prévenu de son existence. — Il est plus que probable que les lésions de la peau seraient bien plus marquées dans le squirrhe diffus.

Les irradiations cancéreuses se prolongeaient très manifestes dans la partie inférieure du muscle temporal, dans le masséter et la partie supérieure du sterno-mastoïdien; elles étaient constituées par un semis de granulations blanchâtres disposées longitudinalement entre les faisceaux musculaires et constituaient des travées incomplètes parallèles à la direction des fibres du muscle.

Dans cette nécropsie, l'énucléation de la parotide s'est faite sur le cadavre avec une facilité qui m'a surpris, le mal ne semblait pas en voie de progression vers les parties profondes, mais au contraire borné aux parties superficielles; le maxillaire inférieur et son périoste étaient sains et n'adhéraient que peu ou pas à la tumeur.

Nous reviendrons à propos du traitement sur cette curieuse particularité de la nécropsie, mais nous ne pouvons nous empêcher de rappeler le correctif si important qui résulte de la présence de nombreux grains cancéreux dans les muscles voisins, temporal, sterno-mastoïdien.

Enfin, pour arriver aux parties les plus importantes, la *glande parotide* est réduite à une plaque très dure de deux à trois centimètres de long au plus, et mesurant moins d'un demi-centimètre d'épaisseur. Le canal de Stenon n'était pas altéré ; la coloration brunâtre de ce qui devait être la glande elle-même, les résultats de l'examen histologique qui démontrent que là les lésions sont plus avancées, et ce fait enfin qu'on y retrouve avec peine le processus premier, tout cela contribue à prouver que c'était bien là le point de départ de la tumeur.

Histologiquement cette portion de la tumeur est constituée par des *travées* fibreuses riches en fibres élastiques, circonscrivant des *alvéoles* à cavité étroite, remplis de

cellules épithélioïdes, plus ou moins irrégulières contenant un ou plusieurs noyaux volumineux.

Les *lésions des vaisseaux* ne sont pas moins intéressantes. — La *carotide externe* saine ne traversait pas la tumeur, soit du fait de l'atrophie de la glande, soit plutôt à cause d'une des particularités anatomiques signalées plus haut. La carotide interne est saine; par contre, *la veine jugulaire interne* est envahie; son calibre est presque intact, il n'y a pas de thrombose mais les parois sont bosselées, inégales, manifestement dégénérées et le microscope y révèle les mêmes altérations que plus haut, la tunique interne est relativement intacte. A la partie supérieure, la *jugulaire externe* (dont les parois externes sont également envahies, la tunique interne restant saine) semble se perdre dans un gros nodule cancéreux qui l'écrase et l'aplatit au point que le plus fin stylet ne peut pénétrer.

Les petits vaisseaux assez nombreux dans les travées du stroma ont leurs parois épaissies et scléreuses ; et les plus petits au moins sont obstrués par des cellules semblables à celles que renferment les alvéoles décrits plus haut.

Lésions des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Ici l'envahissement est des plus faciles à suivre; j'ai pu dissocier presque complètement les lymphatiques émanés de la parotide, suivre leurs cordons durs et bosselés au voisinage du sterno-mastoïdien, jusque dans une chaîne de petits ganglions qui aboutissait aux ganglions sus-claviculaires, eux-mêmes durs et rétractés. Cet examen pouvait facilement se faire sur le vivant, comme dans certains cas de lymphangite chronique.

Les ganglions sont nombreux, ils sont tous petits,

rétractés, durs, blanchâtres à la coupe, et les lésions histologiques des plus intéressantes. Certaines de leurs parties sont encore saines, d'autres nettement atteintes; les alvéoles sont très peu étendus, à parois assez épaisses, renfermant un très petit nombre de cellules très volumineuses et très irrégulières, rarement plus de trois par alvéole. En trois mots *ce sont les caractères histologiques du squirrhe* plus marqués que partout ailleurs, ce qui s'explique bien par ces deux faits bien connus; 1° que les lésions sont toujours plus nettes dans les ganglions que dans la tumeur plus ou moins dégénérée au bout d'un certain temps; 2° que dans les ganglions la trame est toujours plus serrée.

La glande sous-maxillaire, qui paraissait dure, n'était pas lésée.

L'*encéphaloïde* est également mal limité, dépourvu d'enveloppe conjonctive; il se présente sous forme de pelotons plus ou moins nombreux réunis par des cloisons lardacées. Assez homogène avant le ramollissement, il présente bientôt des bosselures dépressibles, donnant l'idée de la substance grise du cerveau et formant parfois au centre une véritable bouillie rougeâtre. Un riche chevelu vasculaire existe dans les travées et occasionne les hémorrhagies; l'ulcération est à bords végétants comme dans les cancers mous.

L'étude de son évolution peut faire rencontrer des kystes sanguins, des fongosités, sur lesquels nous n'insistons pas. De même ne ferons-nous que mentionner l'invasion, la destruction des parties voisines, la dégénérescence ganglionnaire, la généralisation et les bourgeons cancéreux signalés dans les veines, ces faits sont bien connus.

Dans des variétés plus rares, on pourrait observer le *cancer pulsatile* comme M. le professeur Gosselin en a rencontré un cas dont il a bien voulu nous indiquer les principaux caractères.

A l'examen histologique on aperçoit de *vastes alvéoles* remplis des cellules irrégulières du cancer. Il ne faudrait pas croire cependant que ce stroma alvéolaire fût pathognomonique de ces tumeurs. On le retrouve parfois dans le sarcôme et l'enchondrôme.

J'ai déjà dit ailleurs pourquoi j'éliminais de cette étude les *épithéliomas ;* je ne puis cependant m'empêcher de rappeler qu'on en étudie deux variétés principales :

1° *L'épithélioma tubulé;*

2° *L'épithélioma pavimenteux.*

II. DES QUESTIONS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE QUE SOULÈVE L'ÉTUDE DU CARCINÔME PAROTIDIEN

Pendant longtemps avec Velpeau et Bérard, bon nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai Nélaton, Vidal de Cassis, Jean et d'autres encore, ont admis que la plus grande partie des cancers parotidiens étaient des *cancers ganglionnaires.*

C'est encore l'opinion professée par M. Desprès qui a bien voulu nous la communiquer en mettant à notre disposition, avec beaucoup de bienveillance, ses statistiques d'hôpital.

La plus grande partie des auteurs modernes professe cependant l'opinion contraire (Verneuil, Duplay). D'après eux on peut hardiment renverser la proportion et dire que les tumeurs d'origine glandulaire sont de beaucoup

les plus fréquentes. Et qui dit tumeurs glandulaires, dit tumeurs ayant pris naissance soit dans les lésions des culs-de-sac, soit dans des lésion périacineuses et périlobulaires. (Cliniq. de Duplay, *Prog. méd.*, 1877).

C'est dans le *squirrhe atrophique* surtout que l'on comprend bien l'importance de l'élément conjonctif de la glande. Billroth, dans ses *Leçons de pathologie générale chirurgicale* (1882), indique très bien le mécanisme de l'atrophie.

Les cellules, toujours peu nombreuses au début, diminuent encore par le fait de l'évolution, elles disparaissent vite ; les parois de l'alvéole se resserrent, s'appliquent l'une contre l'autre ; il se forme une sorte de cicatrice par un travail fort curieux de *ratatinement*, qui présente sous un jour des plus saisissants les tendances curatrices de la nature.

Les deux éléments jouent sans doute un rôle considérable dans l'encéphaloïde, mais la part de l'épithélium dans le carcinôme n'est pas encore établie malgré les efforts faits dans ce sens : on consultera à ce sujet avec profit la thèse de Desfosses en 1881, sur l'origine épithéliale du cancer.

Mais dans le *cylindroma* l'origine glandulaire ne peut guère faire de doute.

Généralisant même cette proposition, et nous écartant un peu de notre sujet, ne pourrions-nous pas facilement faire remarquer que c'est presque toujours dans ces mêmes éléments glandulaires ou périglandulaires que prennent naissance la plupart des tumeurs bénignes? Nous ne ferons cependant aucune difficulté pour convenir que certaines tumeurs reconnaissent une origine ganglionnaire.

En pareille matière, comme en beaucoup d'autres, une conclusion trop absolue ne saurait être l'expression exacte de la vérité. Pour comprendre d'ailleurs combien ces faits sont rapprochés, il suffira de rappeler que l'origine glandulaire des lymphatiques parotidiens est encore inconnue et que ces vaisseaux n'ont pas été injectés.

Je n'ai plus qu'une question à traiter, savoir : Quel est le *rôle de la peau* dans le *squirrhe parotidien?* Billroth, après d'autres auteurs, a décrit des *épithéliomas cutanés à forme atrophique,* survenant chez des vieillards également, siégeant aussi à la face; et on est en droit de se demander si la peau n'est pas le point de départ de la tumeur. Je ne le crois pas, car ces formes rares du squirrhe cutané se présentent sous forme d'ulcération dure, ayant plus de tendance à se développer en largeur qu'en profondeur, et, de plus, cette lésion dépasse rarement le tissu cellulaire sous-cutané. Du reste, il ne me répugnerait pas d'admettre que, dans certaines formes, la lésion puisse débuter ainsi ; du moment qu'elle affecte la région parotidienne et qu'elle emprunte les symptômes des tumeurs malignes de la parotide, je ne vois pas pourquoi on ne continuerait pas de la décrire avec ces tumeurs.

La question litigieuse réduite à une question d'origine perd beaucoup de son intérêt. Je laisse à d'autres auteurs le soin de la trancher avec des documents plus complets que les miens.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique de carcinôme de la parotide peut, il me semble, être posé dans deux cas bien différents :

1° Tantôt on se trouve en présence d'une tumeur réunissant au plus haut degré et, sans en excepter un seul, pour ainsi dire, tous les caractères du cancer, et alors il ne peut guère y avoir de doute; 2° tantôt, au contraire, soit au début, soit à la fin de l'évolution d'une de ces tumeurs, on se heurte à des symptômes moins nets, à des différences moins tranchées, et dans ce cas on doit faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui s'en rapprochent le plus.

Admettant cette division que l'on peut rencontrer sur le terrain clinique, nous étudierons en premier lieu le diagnostic des tumeurs malignes; nous verrons jusqu'à quel point il est permis, dans l'état actuel de la science, de reconnaître cliniquement leurs diverses formes; en second lieu nous aurons à examiner les caractères différentiels du cancer et des tumeurs bénignes ou mixtes, en considérant surtout les cas où les signes de ces diverses tumeurs sont plus voisins et plus rapprochés.

A. *Diagnostic des tumeurs malignes.* — Établir ce diagnostic c'est répéter l'énumération des symptômes fonctionnels et des caractères physiques du cancer de la parotide; en raison de l'importance du sujet, on voudra bien nous pardonner de rappeler encore brièvement dans ses traits principaux l'esquisse de cette importante variété de tumeurs malignes.

Lorsque, chez un sujet ayant atteint généralement la fin de l'âge mûr ou le commencement de la vieillesse, on se trouve en présence d'une tumeur dont le début remonte à un an ou deux, cinq ou six au plus, tumeur plus ou moins dure et résistante, inégale et bosselée, rétractée ou saillante, toujours fixe, adhérente aux parties profondes, immobile dès les premiers temps, dit Vidal de Cassis, se continuant sans ligne de démarcation bien appréciable avec tous les tissus avoisinants, ayant plus ou moins envahi la peau et les ganglions voisins; si, de plus, cette tumeur s'est accrue assez rapidement, si son développement s'est accompagné de troubles nerveux : paralysie faciale, douleurs plus ou moins vives, surdité variable; si cette tumeur tend à s'ulcérer, si cette ulcération donne lieu à des hémorrhagies et provoque même une véritable cachexie; si enfin la tumeur s'est propagée vers le cou, vers le lobule de l'oreille en le dédoublant pour ainsi dire, dans ce cas le diagnostic de tumeur maligne de la parotide ne peut guère faire de doute.

Il faut alors se poser la question de savoir à quelle variété de tumeurs malignes on a affaire.

Pour éliminer d'abord l'*épithélioma* (dont les caractères anatomiques et cliniques ne nous semblent pas encore suffisamment connus pour que l'étude en soit abordée

avec profit), on se rappellera que cette tumeur peut être *consécutive* à un *épithélioma du pharynx* (Rindfleisch), à un *cancroïde des lèvres*, à un *épithélioma de la conjonctive* (Lannelongue, cité par Branlat) et que dans tous ces cas on devra examiner avec soin ces diverses parties ainsi que la peau des joues. — L'étude attentive de l'observation et de la marche de la tumeur permettra souvent seule de décider quel a été le point primitivement atteint et de porter le diagnostic précis. L'état plus ou moins avancé des lésions, l'examen des bords de la tumeur, les ganglions, les dégénérescences secondaires d'autres organes sont les principaux points qu'on ne devra pas négliger d'examiner avec soin.

L'épithélioma est-il *primitif*, les principaux caractères sur lesquels pourrait être basé le diagnostic sont les suivants : il n'y a pas, au moins au début, d'engorgement ganglionnaire, la cachexie est bien moins rapide, la paralysie faciale existe bien en général comme *stigmate* de la malignité de la tumeur (Chassaignac, Duplay), mais les douleurs sont rares ainsi que les troubles de l'ouïe; la tumeur est dure au début, ovoïde, lobulée, sans grande adhérence d'abord avec les parties voisines; elle peut se présenter chez les jeunes sujets, elle s'ulcère quelquefois même assez vite, mais elle s'ulcère plutôt comme les tumeurs bénignes, témoins ces lambeaux de peau saine conservés comme des bandes au milieu de l'ulcération dans le cas si net de M. le professeur Verneuil dont on trouvera la photographie dans la *Rev. photograph. des hôp.* 1872. (Les principaux traits en sont reproduits à l'article Tumeurs de la parotide du *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*) Ajoutons, comme éléments importants

du diagnostic, la marche de l'affection qui n'a pas la régularité du cancer vrai, et en cas d'extirpation le criterium de la récidive sur place ou ganglionnaire, enfin quelquefois, mais beaucoup plus rarement, la généralisation des lésions.

Les relations histologiques qui unissent l'adénôme et l'épithélioma au point que l'existence de la paroi glandulaire soit aujourd'hui le caractère distinctif le plus important de ces deux variétés, l'une bénigne et l'autre maligne; ces relations, dis-je, commandent la plus grande réserve; elles nécessiteront de la part de ceux qui voudront entreprendre cette étude un examen des plus attentifs de l'histoire et de la marche de l'affection, une description soignée de la tumeur elle-même, enfin un examen macroscopique et histologique des plus complets.

Du reste, ces difficultés ne se retrouvent pas en général dans les deux variétés mieux connues du *cancer de la parotide,* le *squirrhe* et l'*encéphaloïde.*

Après le tableau si net des symptômes tracé de la main de Bérard, des auteurs du *Compendium,* de Follin et Duplay, Delorme, etc..., et les quelques remarques qui nous ont été suggérées par nos trois observations, il nous semble que, sans être d'une affirmative absolue, on peut cependant, dans certains cas, indiquer sans le secours du microscope si l'on est en présence d'un squirrhe et d'un encéphaloïde.

C'est ce diagnostic que nous avons essayé de faciliter en rapprochant dans le tableau ci-dessous les principaux caractères de ces deux variétés anatomo-pathologiques.

ENCÉPHALOÏDE	SQUIRRHE
Paralysie faciale survenant de bonne heure.	Paralysie faciale également précoce.
Douleurs vives, irradiées, parfois atroces.	Douleurs plus rares, moins vives surtout dans le squirrhe atrophique, généralement moins accentuées.
Troubles de l'ouïe.	
Sujet plus jeune.	Sujet plus âgé.
Évolution en dix-huit mois à deux ans au plus.	Durée de deux à cinq ans et même davantage.
Hémorrhagies parfois très graves.	Pas d'hémorrhagies.
Cachexie rapide.	Cachexie très lente.
Tumeur plus volumineuse surtout à la fin, adhérente à la peau, aux parties profondes, ayant envahi et dédoublé le lobule de l'oreille, s'étendant aux régions voisines, distendant la peau et bientôt l'ulcérant.	Tumeur pas très volumineuse, très dure, très adhérente, s'étendant surtout en arrière et vers le cou.
Consistance plus molle, surtout à la fin.	Avec rétraction et induration tout à fait spéciales.
Invasion rapide des ganglions.	Engorgement dur et tardif des ganglions.
Ulcération fongueuse, à bords renversés, à fond bourgeonnant, sécrétant un ichor fétide.	Pas ou peu d'ulcération.
Mort par cachexie ou hémorragie.	Mort lente, cachexie peu marquée.

Pour terminer, nous rappellerons cette phrase de Velpeau dans son admirable traité des maladies du sein :

« Après tout, il suffirait, à la rigueur, pour distinguer le squirrhe et l'encéphaloïde, de deux remarques :

« L'un, le squirrhe, tend presque toujours à entraîner la peau de son côté dès qu'il l'attaque ou l'envahit ;

« L'autre, l'encéphaloïde, repousse et fait proéminer

cette membrane, en même temps qu'il l'amincit et qu'il cherche à la perforer ou à la détruire. »

B. *Diagnostic différentiel avec les tumeurs bénignes et mixtes.* — Les tumeurs bénignes qui se rapprochent le plus, à certaines périodes de leur évolution, des cancers de la parotide, sont :

1° Des adénômes;

2° Des enchondrômes.;

3° Des sarcômes.

Je laisse à dessein de côté le *myxôme pur* de la parotide, qui est très rare, et l'*hypertrophie* de la glande, qui rentre tout à fait dans les tumeurs mixtes.

Dans tous les cas, la tumeur débute par certains points de prédilection, au devant de l'oreille, sous l'arcade zygomatique, à l'angle de la mâchoire. C'est d'abord une petite tumeur plus ou moins ovoïde, à surface lisse, quelquefois bosselée, à contour nettement circonscrit, n'amenant ni gêne ni douleurs, à marche excessivement lente (10 à 35 ans), s'accroissant graduellement jusqu'à atteindre un volume considérable, sans jamais s'accompagner de paralysie faciale, et constituant une simple difformité qui en est quelquefois le symptôme le plus gênant; telle cette curieuse observation rapportée par Dolbeau, de ce personnage, porteur d'une tumeur énorme, qui avait peur de son ombre au point d'avoir proscrit toutes les glaces de son appartement, et de réclamer énergiquement une intervention chirurgicale.

Le tableau que nous venons de tracer diffère, comme on le voit, fort sensiblement de la description que nous avons donnée des cancers de la parotide. Nous ne trouvons ni paralysie faciale, ni douleurs, ni hémorrhagies,

ni cachexie, et les caractères de la tumeur sont essentiellement différents.

Ce sont surtout les *sarcômes* de la parotide qu'on est exposé à confondre avec les cancers vrais. Certaines de ces tumeurs, en effet, marchent avec une grande rapidité, peut-être même plus vite que les carcinômes, elles prennent rapidement aussi un volume considérable, ulcérant la peau, faisant fongus au dehors sous la forme d'un champignon qui ne tarde pas à se détruire, à s'ulcérer; ces ulcérations sont sanieuses comme celles du cancer, elles peuvent aussi donner lieu à de graves hémorrhagies; une bouillie rougeâtre et ramollie constitue le fond de l'ulcération, s'étirant par lambeaux sous la pince, dans le cas que nous avons obervé dans le service de M. Delens, il nous a paru que la coloration rosée de cette *chair hachée* pathologiquement ne pouvait guère être confondue avec les fongosités du cancer.

La paralysie faciale peut être observée, elle n'était pas apparue primitivement dans les trois cas de sarcôme que j'ai observés, et dont deux étaient des sarcômes mélaniques: de plus, même au bout de six mois, elle était tellement peu marquée qu'il fallait une grande attention pour la reconnaître. Troubles nerveux précoces, apparaissant rapidement avec tous leurs caractères, voilà donc encore une fois les éléments les plus sûrs et les plus importants du diagnostic.

Dans le sarcôme encore, l'engorgement ganglionnaire est rare, plus tardif au moins, la cachexie ne survient qu'à une période tout à fait ultime, encore manquait-elle complètement chez la malade dont il a été question plus haut, et chez laquelle le teint encore frais du visage faisait

un contraste frappant avec l'horrible ulcération sanieuse, large comme la paume de la main, qu'elle portait au côté gauche de la face.

La tumeur, dit-on encore, au moins au début, est presque mobile, mais elle doit souvent adhérer rapidement à la peau; peut-être s'étend-elle moins aux régions voisines, moins fixe aussi sur les parties profondes, au moins tant qu'elle n'aurait pas atteint un volume trop considérable; par contre si par erreur de diagnostic on donne un coup de bistouri dans la tumeur prise pour un abcès, on pourra voir la plaie se comporter comme dans les tumeurs malignes; la boutonnière s'agrandit, le sarcôme fait fongus au dehors, s'ulcère, et la maladie reçoit un coup de fouet des plus violents, c'est ce qui avait eu lieu en ville pour la malade du service de M. Delens.

Ce diagnostic différentiel nous montre malheureusement beaucoup plus de points de contact entre les sarcômes et les carcinômes que de différences; plus tard, sans doute, ces questions seront mieux élucidées.

Quant à l'enchondrôme, qui est souvent une tumeur bénigne type, les caractères indiqués plus haut, la lenteur extrême de l'évolution, la consistance de la tumeur permettront de poser le diagnostic.

Mais cette variété histologique n'existe pas toujours absolument pure, elle est souvent mélangée d'autres tissus morbides, sarcômes, myxômes, et ces faits constituent la variété de tumeurs mixtes, complexes dans leur nature.

Ces *tumeurs mixtes* peuvent être aussi complexes dans leur marche : après une période stationnaire considérable qui se prolonge parfois jusqu'à 15 et 20 ans et même plus, la tumeur primitivement bénigne, adénôme, en-

chondrôme, fibrôme ou myxôme, cette tumeur, disons-nous, peut tout à coup s'accroître rapidement; elle subit des modifications de structure considérables; des transformations kystiques, des épanchements sanguins se font dans son intérieur, la peau tend à être envahie, les ganglions peuvent s'engorger, les douleurs et la paralysie faciale peuvent survenir.

Dans cette seconde période, si bien décrite par Dolbeau pour les enchondrômes sous le nom de période de ramollissement, par opposition à la première période dite période de crudité, on assiste sans doute à quelqu'une de ces *transformations en tumeurs malignes* dont on a déjà cité un certain nombre d'exemples; mais, il faut bien le dire, les conditions et les lois pathologiques de ces modifications profondes nous sont encore inconnues; un vaste champ d'observations reste encore ouvert aux recherches futures.

Le diagnostic du carcinôme avec cette variété de tumeurs complexes parotidiennes est, en effet, difficile; dans l'un et l'autre cas, on observe l'invasion ganglionnaire, une augmentation rapide de la tumeur, parfois une ulcération, des hémorrhagies, de la cachexie aboutissant plus ou moins rapidement à la mort. Mais le diagnostic repose alors sur l'histoire et sur la marche de la tumeur, et je ne pense pas qu'on puisse admettre dans l'état de nos connaissances qu'*une tumeur datant de* 8, 10, 15 *et* 20 *ans soit un cancer primitif véritable de la parotide.*

C'est là un point capital; car si le cancer véritable est très rare, ces tumeurs complexes sont fréquentes, et une grande partie des observations contenues dans la thèse de Bérard et les autres travaux plus récents doit y être rattachée.

CHAPITRE IX

PRONOSTIC

Après ce que nous avons dit des symptômes et surtout de la marche du cancer vrai de la parotide, le pronostic est facile à déduire.

S'il s'agit d'un cancer avéré, quelle que soit sa forme, c'est la mort qui en est la terminaison constante.

Mais elle est loin de survenir après le même laps de temps, qu'il s'agisse d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde.

Dans ce dernier cas, comme nous l'avons répété bien des fois dans le cours de ce travail, la marche est essentiellement rapide, la mort survient au bout de six mois, un an, deux tout au plus, soit qu'elle résulte de quelque généralisation viscérale, soit qu'une hémorragie foudroyante vienne mettre un terme brusque aux longues souffrances du malade, soit enfin qu'il s'éteigne lentement, après une longue agonie presque aussi pénible pour le malade que pour le chirurgien contraint d'assister, les bras croisés, au développement incessant de la tumeur et des douleurs parfois atroces que le malheureux patient

ressent encore dans l'hébétude morphinique la plus grande.

Dans le *squirrhe,* la marche est lente ; il y a peu de douleurs, peu d'accidents, et, sans admettre l'opinion de Richter sur la nature du cancer et sur la non-transformation du squirrhe en cancer, on doit cependant reconnaître que le squirrhe de la parotide comme le squirrhe du sein est loin d'offrir la gravité de l'encéphaloïde, et même de certains sarcômes malins. Cette opinion se retrouve, du reste, dans un certain nombre d'auteurs, et, tout en tenant compte des réserves que nous avons faites sur les observations consignées par Bérard dans sa thèse, il faut bien admettre avec lui ou que les récidives après les extirpations sont rares, ou qu'elles n'ont pas toujours été suffisamment relatées, ou plutôt que les extirpations ont été très rarement faites pour de véritables carcinômes de la parotide.

Le squirrhe de la parotide est donc une affection cancéreuse relativement moins grave, dont la durée oscille entre trois et cinq ou six ans ; lorsqu'il affecte la forme *en plaques* ou *en cuirasse,* sa marche serait peut-être plus rapide ; c'est là une question qui ne peut être tranchée que par de nouveaux faits.

C'était en se basant sur la gravité moindre du squirrhe parotidien que Richter, qui connaissait bien ce côté de la question, se déclarait adversaire absolu du traitement chirurgical.

Cette conclusion, sur laquelle nous aurons à revenir en parlant du traitement, nous amène tout naturellement à l'étude des ressources dont nous pouvons disposer contre le cancer parotidien ; c'est, à mon sens, la seule vraie con-

clusion que l'on doive tirer du pronostic; elle est d'ailleurs conforme à la marche de la maladie, à sa rapidité ou à sa lenteur, à ses caractères et à la possibilité de récidives locales, d'invasion ganglionnaire ou de généralisations viscérales à distance.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Il ne suffit pas de diagnostiquer le mal, il faut y porter le remède, et pour cela on peut recourir à deux espèces de moyens : les uns, chirurgicaux, ont pour but l'extirpation de la tumeur ; les autres, médicaux, ne visent qu'à adoucir les souffrances parfois atroces du malade.

Si l'on s'en rapportait au titre des observations, nombre de squirrhes parotidiens auraient été guéris par l'extirpation, puisque cette opération est presque toujours suivie de succès ; nous savons déjà à quoi nous en tenir sur ce sujet.

Reste à savoir ce qu'il faut penser de l'opération dans les cas bien avérés de carcinôme parotidien ; quelques citations édifieront le lecteur sur ce sujet.

« Enlever partiellement une tumeur squirrheuse, dit Boyer avec son grand sens chirurgical, c'est ajouter sans nulle utilité une opération douloureuse à une maladie très grave, c'est accélérer les progrès du mal et en augmenter l'intensité. »

M. le professeur Richet après avoir pesé longuement les divers arguments en faveur de l'extirpation, en con-

clut que « tant qu'on n'aura pas indiqué d'une manière positive les signes qui, pendant la vie, prouvent que la maladie n'a pas envoyé de prolongements profonds, dans le doute, il vaut mieux s'abstenir; l'extirpation de la parotide atteinte en totalité de dégénérescence cancéreuse est une opération généralement impraticable ».

L'extirpation de ces tumeurs, pour M. Tillaux, étant inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est totale, cet auteur est d'avis qu'on ne doit pas la tenter... « car une chose plus mauvaise encore, dit-il, que de laisser mourir son malade, c'est de le tuer ».

L'abstention absolue, telle est encore la règle de M. le professeur Gosselin, de M. Simon Duplay.

« L'extirpation de la parotide, disait dans sa clinique le professeur Trélat, est une opération forcément incomplète dans ces cas de cancer avéré, c'est une opération redoutable, dangereuse pendant son exécution, dangereuse encore après; la règle doit être *l'abstention chirurgicale.* »

Le plus souvent, en effet, l'opération est absolument imposssible, si elle l'est quelquefois, comme semble le démontrer l'énucléation facile que nous avons pu opérer sur le cadavre de notre observation I, on n'oubliera pas que même dans ces cas le muscle temporal et la partie supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien étaient envahis par un semis de granulations cancéreuses et que par conséquent l'opération eût été tout à fait incomplète.

Ainsi se trouve vérifié et confirmé cet ancien aphorisme du Père de la médecine :

« Οκόσοισι κρυπτοι καρκινοι γινονται, μὴ θεραπευειν βελτιον· θερα-

πευομενοι γὰρ απολλυνται ταχέως, μὴ θεραπευομενοι δὲ πουλὺν χρόνόν διατελέουσιν. »

« Il vaut mieux ne faire aucun traitement aux personnes atteintes de cancers cachés ; car si on les traite, elles meurent rapidement ; si on ne les traite pas, leur vie se prolonge. (HIPPOC., par Littré, *Aph.* 38, 6e Son.)

La règle est formelle, nous venons de le voir ; elle s'applique aux deux variétés, surtout au squirrhe ; dans quelques cas très rares, elle me semble pouvoir subir des exceptions. Ainsi, au début d'une tumeur maligne dont la nature est mal établie, qui occasionne des douleurs atroces pour lesquelles le sujet réclame l'intervention chirurgicale, on pourra avoir la main forcée ; on se souviendra toujours, pour en prévenir la famille, de la possibilité de récidive rapide sur place, ou de généralisation à distance.

Faut-il donc se croiser les bras, et assister sans rien faire au développement de la tumeur? Évidemment non ; ici plus que jamais le médecin doit prodiguer toutes les consolations de son art pour soutenir le moral de son malade, il ne doit pas se laisser abattre par les progrès de l'affection et les souffrances, atroces parfois, du malheureux qu'il doit soigner.

C'est dans ce cas qu'on usera des emplâtres calmants et surtout des injections de morphine. Celles-ci ne doivent pas être ménagées, il faut à tout prix soulager le malheureux patient, la morphinisation doit être poussée jusqu'à provocation de l'hébétude ; on est étonné des quantités de chlorhydrate de morphine auxquelles l'organisme peut s'accoutumer graduellement. Le traitement médical est donc un devoir impérieux que le méde-

cin saura remplir dans toutes ses exigences, mettant en pratique le conseil laissé par notre vieil Ambroise Paré, dans ses canons et règles chirurgicales :

L'office du bon médecin
Est de guarir la maladie;
Que s'il n'arrive à cette fin
Au moins faut-il qu'il la pallie.

OBSERVATIONS

SQUIRRHE

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Recueillie dans le service de M. le professeur Duplay à l'hôpital Lariboisière

SQUIRRHE ATROPHIQUE DE LA PAROTIDE

Le 22 juin 1882, le nommé Wuilliot Cl., âgé de 76 ans, ancien menuisier, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le professeur S. Duplay (salle Saint-Honoré, 13), pour une paralysie faciale des plus accentuées et une induration très marquée de la région parotidienne gauche, dont le début remonte à quatre ou cinq ans environ.

Bien qu'âgé de 76 ans, c'est encore un homme assez vigoureux, auquel, à première vue, on ne donnerait certainement pas son âge. Il n'a d'ailleurs guère fait de maladies pendant ces 76 ans. En 1862, il a été soigné à l'hôpital Lariboisière pendant quarante-quatre jours pour un rhumatisme articulaire aigu dont il s'est d'ailleurs assez bien rétabli. Il n'a jamais eu d'affection vénérienne ni syphilitique.

Ses antécédents héréditaires ne nous révèlent également absolument rien qui mérite d'être signalé. Son père est mort à 84 ans, sa mère à 79. Il a encore une sœur âgée de 82 ans, et qui portait, il y a deux ans, une petite tumeur à la tempe, tumeur sur la nature de laquelle il ne peut rien nous apprendre. Dans sa famille, il n'y a personne, à sa connaissance, qui ait été atteint d'une affection organique quelconque.

C'est à la fin de l'année 1877 ou au commencement de 1878 que le malade a vu survenir du renversement de la paupière inférieure

gauche, et, en même temps, un très léger degré de déviation faciale. Vers la même époque ou un ou deux mois après, le malade s'est aperçu d'une petite induration du volume d'un haricot siégeant en arrière de l'articulation temporo-maxillaire, au niveau de la région parotidienne.

Six mois après, la paralysie de la paupière et son renversement étaient beaucoup plus marqués, la déviation faciale existait toujours sans être beaucoup plus prononcée, et l'induration parotidienne avait manifestement augmenté de dimensions.

Depuis cette époque, le malade a vu tous ces phénomènes augmenter lentement et graduellement, pour arriver, surtout depuis six mois, au degré où on les observe actuellement ; dans ces deux dernières années, quelques élancements douloureux fort peu intenses sont survenus, un peu plus accentués chaque jour, et, en même temps, l'induration parotidienne s'étendait de plus en plus.

Mais la chute de la paupière inférieure a toujours été le phénomène dominant pour lequel le malade a même été traité par la suture partielle de l'angle externe de la fente palpébrale par le Dr Gillet de Grandmont. Ajoutons que sa santé n'est pas sensiblement altérée, et que, comme nous le disions en commençant, on ne lui donnerait jamais les 76 ans qu'il a en réalité.

Aujourd'hui le malade se présente avec les signes fonctionnels suivants :

1° Tous les signes d'une hémiplégie faciale d'origine périphérique: paralysie de l'orbiculaire des paupières, renversement de la paupière inférieure, la paupière supérieure maintenue par le releveur ne pouvant plus s'abaisser complètement, l'œil est à découvert, la conjonctive un peu injectée.

Il y a un peu de déviation du nez. La joue paralysée est flasque, soulevée par l'expiration, la parole, avec impossibilité de souffler ou de siffler ; difficulté de la mastication, les aliments restent entre la joue et l'arcade alvéolaire : l'écoulement de la salive est involontaire, et enfin il y a déviation de la face du côté sain. Il ne m'a pas semblé qu'il y eût de paralysie du voile du palais, pas de troubles dans la déglutition des liquides, pas de déformation des arcades du voile palatin. Il n'y a pas davantage de déviation bien marquée de la langue ; elle se meut cependant peut-être un peu plus difficilement en haut et à gauche. Peut-être y aurait-il, d'après le dire du malade, un peu de diminution ou de perversion du goût.

Depuis deux ans, il souffre davantage ; les élancements douloureux, comparés par le malade à des secousses électriques, descendent de a tempe, partent de l'œil pour se propager vers la région parotidienne et de là descendre parfois vers le creux sus-claviculaire où ils se perdent. Ces élancements ne sont pas bien vifs, mais leur existence est incontestable.

J'ai inutilement cherché à savoir quel était l'état de la secrétion salivaire de ce côté, s'il y avait par moments un peu de sécheresse de ce côté de la bouche : le malade n'a pu me répondre.

Il n'a jamais eu d'hémorrhagies, ni par la bouche ni par l'oreille. L'ouïe est bien diminuée du côté malade ; une forte montre n'est pas entendue au contact, du côté gauche ; de l'autre côté, au contraire, elle est perçue à 1 ou 2 centimètres de l'orifice externe du conduit auditif. Elle est perçue même à gauche, par transmission du crâne.

On constate, à l'examen de la région parotidienne gauche, une dépression légèrement excoriée siégeant un peu au-dessous du col de la mâchoire, en avant du lobule de l'oreille.

De cette petite dépression partent plusieurs plis ou sillons qui se portent en rayonnant vers la joue, l'arcade zygomatique, l'angle du maxillaire inférieur, et qui marquent à merveille le caractère atrophique, la rétraction que présente au plus haut degré la lésion observée.

La dépression elle-même et toute la région avoisinante sont le siège d'une induration squirrheuse avec une consistance ligneuse uniforme. Cette induration commence au-dessous de l'arcade zygomatique, atteint à peine en bas l'angle de la mâchoire, s'étend, au contraire, davantage en avant, où on perçoit ses dernières limites jusqu'en avant du masséter, à 5 ou 6 centimètres de distance du pavillon de l'oreille.

Ce pavillon n'adhère pas à la tumeur, cependant la paroi antérieure du conduit auditif externe est certainement plus épaisse, et la conque de ce côté est également augmentée de consistance et d'épaisseur, comme la comparaison avec le côté opposé le fait sentir d'une façon bien plus nette.

L'examen de la cavité buccale nous montre une muqueuse un peu pâle, mais absolument saine, et, en saisissant entre les doigts toute l'épaisseur de la joue, on sent manifestement l'induration (que l'on peut alors prendre entre le pouce et l'index) se propager en suivant le canal de Sténon, jusque dans la parotide accessoire.

L'amygdale est saine, ainsi que la portion voisine du pharynx.

Enfin, à partir de la tumeur une chaîne ininterrompue de petits ganglions, très durs et devenus squirrheux, descend obliquement sur le sterno-mastoïdien, gagne le creux sus-claviculaire, où l'on sent très bien un certain nombre de ganglions indurés et aussi peu volumineux.

Diagnostic : squirrhe atrophique-type de la parotide.

Le malade, qui s'ennuyait beaucoup à l'hôpital, sort, sur sa demande, dans les premiers jours de juillet.

Il rentre en décembre 1882 ; la lésion a fait des progrès considérables, elle a envahi la peau et marche avec une grande rapidité. — Les paupières sont énormément œdématiées. — Le malade se plaint de ne pouvoir presque plus écarter les dents, il mange pourtant encore assez bien ; l'état général est encore satisfaisant, l'amaigrissement n'est pas très marqué.

Localement toute la région mastoïdienne est le siège d'un œdème dur et rouge qui descend vers le cou et se prolonge en avant jusqu'aux lèvres. — Toute la peau est prise jusqu'aux sillons palpébro-génien et naso-génien, la région temporale est encore dépressible quoique manifestement indurée. — Sur la joue, un ou deux points font saillie en boutons de coloration rouge et violacée comme le reste.

Le pavillon de l'oreille fortement injecté s'est incliné en avant, le lobule est très infiltré et semble se recroqueviller vers la conque. La petite ulcération notée tout d'abord s'est un peu agrandie en surface, pas en profondeur ; vers le menton, les lésions de la peau atteignent la ligne médiane ; le sterno-mastoïdien n'est envahi qu'à sa partie supérieure ; la lésion est limitée à ce niveau par le sillon qui sépare les deux régions sus et sous-hyoïdiennes.

Il n'y a pas d'engorgement des ganglions sous-occipitaux ; mais dans la partie supérieure du triangle sus-claviculaire, on sent huit à dix cordons lymphatiques très durs, encore très perceptibles, quoique plus minces au-dessus de la clavicule. En arrière de ces lymphatiques, on voit encore se dessiner sous la peau un petit ganglion lymphatique et la partie inférieure du vaisseau qui s'y rend.

En se dirigeant d'arrière en avant, un lymphatique du volume d'une plume de corbeau avec un ganglion qui occupe le milieu de son trajet ; puis, plus en avant, cinq à six troncs minces et durs se dessinent sous la peau, donnant la sensation de petits fils de fer tendus

sous l'enveloppe cutanée; ces lymphatiques sont surtout sensibles à la partie supérieure du triangle sus-claviculaire; enfin, près du sterno-mastoïdien en avant, plusieurs petits ganglions, dont un plus volumineux, donnent naissance à des lymphatiques que l'on sent très bien résister sous le doigt.

La paralysie faciale est toujours complète, l'œil sain derrière les paupières œdématiées, la surdité s'est augmentée.

Notre malade ne reste que quelques jours à l'hôpital, il retourne chez lui.

Janvier 1883. — W..... obtient son admission à Bicêtre, la lésion continue de progresser, le malade s'affaiblit de jour en jour; il ne tarde pas à succomber en avril.

Autopsie. — Un vaste lambeau de peau comprenant toute la région latérale du cou est disséqué avec soin et une facilité relativement assez grande.

Toutes les parties molles jusqu'à la colonne vertébrale sont séparées, en avant, le long du larynx; en bas, le long de la clavicule; en arrière, au niveau des muscles de la nuque, qui sont absolument sains; et ce lambeau musculo-vasculaire est complètement détaché; en avant du masséter, les irradiations diffuses de la tumeur sont sectionnées ainsi que les prolongements peu importants qui se sont faits dans la région temporale. Le maxillaire inférieur est soigneusement isolé de la tumeur à laquelle il adhère, mais sans participer aucunement à la lésion. Chose remarquable, l'énucléation de la loge parotidienne ne présente pas de grandes difficultés.

L'examen du lambeau détaché nous montre par la face antérieure : en haut, la parotide excessivement dure, ligneuse ; il en est de même des insertions mastoïdiennes du muscle sterno-mastoïdien. Au niveau de la fosse temporale, les fibres musculaires pâles et atrophiées sont parsemées de nodules cancéreux du volume des grains de millet.

Les muqueuses pharyngienne et buccale sont saines.

Nous avons dit que la peau se détachait assez facilement de la tumeur sur le cadavre, mais elle fait cependant corps avec la tumeur à laquelle elle est unie par un tissu cellulaire blanchâtre infiltrée d'une sérosité jaunâtre dont l'existence explique sans doute la facilité de cette séparation artificielle.

La gaine du muscle sterno-mastoïdien est un peu épaissie; on y suit assez facilement diverses branches du plexus cervical superficiel;

sur sa face externe descendent à la partie supérieure quelques cordons lymphatiques dégénérés et durs qui gagnent les ganglions sus-claviculaires.

Le muscle sterno-mastoïdien lui-même est tout infiltré à sa partie supérieure, de nodules cancéreux, soit isolés, soit juxtaposés bout à bout comme des grains de chapelet. Les fibres charnues sont très pâles ; çà et là sur la gaine du muscle et autour de ces granulations, on observe des vaisseaux assez apparents qui dessinent de fines et élégantes arborisations.

Le nerf spinal pénètre dans le muscle au milieu de nodules un peu plus confluents.

Au-dessous du ventre postérieur du digastrique dont les fibres semblent atrophiées, on aperçoit deux ou trois ganglions assez volumineux.

Enfin, plus en avant, la glande sous-maxillaire, plus dure qu'à l'état normal, mais ne paraissant pas d'ailleurs autrement dégénérée.

La coupe du conduit auditif externe nous montre la lumière de ce conduit très notablement rétrécie par l'épaississement de ses parois.

En disséquant la pièce par la face postérieure, on trouve d'abord le paquet des gros vaisseaux carotide interne, jugulaire interne.

Les parois de cette veine présentent dans toute sa moitié supérieure des altérations importantes : elles sont indurées, granuleuses, et ces grains plus ou moins confluents offrent tous une grande consistance et la coloration blanchâtre du tissu lardacé du squirrhe. La veine est entièrement décolorée, du reste, absolument perméable dans toute son étendue ; sa paroi interne est lisse ; il n'y a pas la moindre coagulation à son intérieur.

Rien à la carotide interne ni aux nerfs voisins. En avant de la carotide externe, au-dessous de l'angle de la mâchoire, on voit quelques petits vaisseaux blancs sans doute lymphatiques. La carotide externe n'est pas contenue dans la tumeur, elle devait sans doute longer simplement la face profonde de la glande ; cela nous explique pourquoi on sentait nettement les battements de la temporale.

La veine jugulaire externe s'arrête et se termine dans un gros nodule cancéreux, de là sans doute provenait l'œdème des paupières et d'une partie de la joue.

Le nerf facial, très dur, ne peut être suivi par la dissection dans

la tumeur au delà de 1 à 2 centimètres, il doit être absolument confondu et dégénéré dans la masse squirrheuse glandulaire.

Examen de la portion centrale. — Une première coupe, pratiquée à la face profonde en avant, fait voir une partie blanchâtre, lardacée; plus en arrière, on trouve sur la coupe un tissu gris brunâtre, épais de 1/2 centimètre qui devait représenter les derniers vestiges de la glande elle-même, manifestement atteinte et atteinte primitivement sans aucun doute; on y note de petits nodules blancs plus fins que les précédents, ressemblant à la coupe d'une multitude de tubes nerveux.

Au niveau des insertions détachées du masséter, en avant de ce qui dut être la glande, on trouve des nodules plus volumineux, et c'est dans un de ces nodules que se perd la veine jugulaire externe.

Toute cette région donne la sensation d'une plaque dure de tissu ratatiné mesurant environ 3 centimètres de longueur.

Les parties profondes sont saines.

Le long de la veine jugulaire interne, au niveau du point où les branches du glosso-pharyngien se portent en avant, le côté externe de la veine est longé par des lymphatiques dégénérés qui se distinguent plus bas en quatre ou cinq cordons blanchâtres volumineux et durs qui semblent contourner en bas la veine jugulaire pour se porter en arrière d'elle. Le long de ces conduits, on peut compter de nombreux petits ganglions lymphatiques également envahis par le processus morbide.

Aucune généralisation viscérale.

Examen histologique. — (Note de M. le Dr Bourcy, ancien interne des hôpitaux, sous-chef du laboratoire d'histologie, à l'amphithéâtre des hôpitaux.)

L'examen a porté sur :

1° La glande parotide;

2° La veine jugulaire externe;

3° Les ganglions carotidiens;

4° La glande sous-maxillaire.

1° *Glande parotide.* — Des coupes étendues, examinées à un grossissement faible (oc. 1, obj. 0, Vérick), permettent d'établir comme il suit la topographie générale du tissu morbide.

a) En un point de la périphérie, quelques fibres musculaires striées (faisceaux du sterno-mastoïdien).

b) De larges travées fibreuses, subdivisant la tumeur en lobules

et tirant vraisemblablement leur origine du tissu conjonctif interlobulaire normal.

c) Des vaisseaux sanguins de différents calibres, répartis dans les travées et coupés sous des incidences diverses.

d) Dans les espaces polygonaux circonscrits par les travées conjonctives ci-dessus mentionnées, des îlots de dimensions variables, circulaires ou ovales, fortement colorés en jaune clair par le picrocarmin : ce sont les vestiges de l'élément glandulaire de la parotide actuellement dégénérée.

Ces îlots, examinés à un plus fort grossissement (ocul. 1, obj. 2 et 5, Vérick), apparaissent constitués comme il suit : stroma fibreux, riche en fibres élastiques isolées ou réunies en faisceaux, circonscrivant des alvéoles peu étendus, à cavité très étroite relativement à l'épaisseur des parois, allongés, renfermant un petit nombre de cellules épithélioïdes peu distinctes les unes des autres, sphériques pour la plupart, quelques-unes irrégulières, contenant un ou plusieurs volumineux noyaux fortement colorés par le picro-carmin ; c'est le type du tissu cancéreux, avec prédominance de l'élément fibreux sur l'élément cellulaire, c'est-à-dire du squirrhe.

Ce tissu cancéreux se montre non seulement sur toute l'étendue de la parotide, mais envahit encore le muscle sterno-mastoïdien et les ganglions qui l'entourent.

Dans l'épaisseur du tissu morbide les vaisseaux présentent de notables altérations : sauf les gros troncs qui, pour la plupart, semblent intacts, tous les vaisseaux ont leurs parois épaissies et scléreuses ; de plus, un grand nombre, ceux de petit calibre notamment, ont leur lumière obturée par des cellules semblables à celles que renferment les alvéoles décrits ci-dessus.

Il n'y a nulle part trace de processus inflammatoire. La conclusion qui s'impose est donc la suivante : squirrhe intéressant la totalité de la parotide ; envahissement des vaisseaux par l'élément cancéreux.

2° *Veine jugulaire externe.* — La coupe porte à la fois sur la veine, parallèlement à son axe longitudinal, et sur une masse morbide qui engaine complètement le vaisseau.

La paroi veineuse est très épaissie ; la tunique interne est sensiblement normale, mais les tuniques externes sont complètement envahies par le tissu cancéreux ; çà et là, on retrouve des vasa vasorum dont les tuniques sont épaissies et la lumière oblitérée par des cellules épithélioïdes.

Les alvéoles cancéreux de la paroi veineuse sont étroits, allongés parallèlement à l'axe du vaisseau, ne renfermant que peu de cellules; parois fibreuses très épaisses.

La masse morbide qui engaine le vaisseau est constituée par du tissu cancéreux formant de volumineux ilots, séparés par des travées fibreuses; peut-être est-ce un point particulièrement dégénéré : en tous cas, il y a analogie complète entre l'aspect des coupes portant sur ce point et celles que nous avons décrites plus haut au sein même de la parotide.

Mêmes altérations à la partie supérieure de la jugulaire interne.

3° *Ganglion.* — C'est un ganglion carotidien du volume d'une noisette. La coupe a porté sur la totalité de l'organe. La coque fibreuse du ganglion et le tissu cellulaire ambiant sont normaux; par places même, le tissu ganglionnaire est intact, et certains follicules sont facilement reconnaissables; dans d'autres points irrégulièrement répartis, le ganglion a subi la dégénérescence cancéreuse, ainsi caractérisée :

a) Alvéoles peu étendus, à parois fibreuses assez épaisses, renfermant un très petit nombre de cellules, rarement plus de trois, souvent une seule. Ces cellules fort remarquables, jusqu'à $0^{mm},1$ de diamètre, très irrégulières dans leurs formes (en raquette, en fuseau, à prolongements multiples), renferment un ou plusieurs noyaux très volumineux, colorés en rouge vif par le picro-carmin, le protoplasma cellulaire restant jaune orangé; c'est le type de l'ancienne cellule cancéreuse de Lebert.

b) Alvéoles plus grands à parois plus minces, renfermant un assez grand nombre de cellules épithélioïdes, assez régulièrement sphériques, et néanmoins nettement distinctes des cellules lymphatiques du ganglion par leurs dimensions et leur coloration jaune orangé.

A l'intérieur du ganglion et dans le tissu ambiant, les vaisseaux sanguins ne sont altérés ni dans leurs parois ni dans leur contenu.

Plus nettement encore que dans la tumeur primitive, nous retrouvons donc ici le type du squirrhe : *alvéoles à parois* épaisses, renfermant peu de cellules; celles-ci présentant d'ailleurs tous les caractères des cellules du carcinôme.

4° *Glande sous-maxillaire.* — La glande sous-maxillaire ayant paru suspecte est soumise à des coupes totales parallèles à son grand axe. La structure est intacte à un faible grossissement, les cellules épithéliales se montrent granuleuses avec un objectif plus fort, ni altération cancéreuse, ni inflammation. Peut-être un peu de putréfaction.

OBSERVATION II

Recueillie en grande partie par mon excellent collègue et ami Trousseau. J'ai eu souvent l'occasion d'étudier moi-même ce malade.

SQUIRRHE EN PLAQUES OU DIFFUS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

(Hôpital Lariboisière. Service de M. Duplay)

Le nommé Robert Toussaint, 52 ans, ciseleur, né à Mantes, est entré salle Saint-Honoré, lit nº 7, le 8 février 1882 il sort le 10 mai; pour aller à Vincennes.

Il y a quarante ans que cet homme a reçu sur la tête un coup de pied de cheval qui a produit des désordres assez considérables pour laisser encore aujourd'hui des cicatrices bien visibles.

L'année suivante, il a fait encore sur la tête une chute du haut d'un peuplier.

Fait plus important peut-être à noter : il y a vingt ans, il lui est survenu, au niveau de la région parotidienne gauche, un abcès qui a été incisé et qui s'est guéri sans complications, laissant une cicatrice encore visible.

En 1849, il a eu la fièvre scarlatine ; en 1851, la fièvre typhoïde; en 1854, une éruption furonculeuse. En 1855, il a reçu, au niveau de la moitié droite du maxillaire inférieur, un éclat d'obus qui n'a pas occasionné de trop grands dégâts; la même année, il a eu des manifestations buccales de scorbut, et, l'année, suivante, les fièvres intermittentes.

Jusqu'en 1880, il a été très bien portant; au commencement de cette année, il a été pris de fluxion de poitrine.

Questionné avec soin, le malade ne nous apprend aucun antécédent syphilitique. Il n'y a non plus dans sa famille aucun antécédent cancéreux.

Au mois d'octobre 1880, sans aucune douleur, sans aucune secousse, le malade a remarqué qu'il se produisait peu à peu une déviation particulière des traits : c'était le début d'une paralysie faciale gauche qui persiste encore avec ses signes habituels, l'orbiculaire des paupières n'étant que très légèrement atteint. Dès le début de cette hémiplégie faciale, il a été traité par l'iodure de

potassium, qu'il n'a cessé de prendre que lors de son entrée à l'hôpital.

Au mois de septembre 1881, c'est-à-dire, près d'un an après seulement, le malade s'est aperçu de la présence de petites boules paraissant situées dans la peau de la région antéro-latérale gauche du cou, et formant une sorte de chaîne partant de la région parotidienne pour venir traverser toute la région sterno-mastoïdienne, et se perdre à la partie supérieure du thorax, sous la clavicule.

Peu à peu, toute la région sterno-mastoïdienne gauche a été envahie par cette induration particulière. Il est survenu un gonflement peu considérable, sans réaction inflammatoire d'aucune sorte, accompagnée d'une induration très marquée des parties atteintes. Du reste, pas de douleurs, ni d'élancements profonds, pas de difficulté dans la déglutition, à peine quelques fourmillements à la partie supérieure du thorax.

Toutefois, depuis l'apparition de ces phénomènes, le malade est encore gêné par des bourdonnements d'oreille, surtout marqués dans la position horizontale. Ces différents symptômes l'ont amené à l'hôpital Saint-Louis, le 5 décembre 1881 ; il en est sorti le 16 du même mois, sans aucune intervention.

Il est rentré à Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 7, le 8 février 1882, et il se présente dans l'état suivant :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une hémiplégie faciale gauche complète; l'orbiculaire des paupières, sans être complètement paralysé, est incontestablement atteint, car le malade ne peut fermer complètement l'ouverture palpébrale. En résumé, hémiplégie faciale gauche se présentant avec les caractères assignés aux hémiplégies d'origine périphérique.

La vue et l'exploration de la région parotidienne gauche viennent, en effet, confirmer le diagnostic et nous en révéler la cause.

On constate, immédiatement au-dessous de l'oreille, au niveau de la cicatrice de l'abcès du cou, une dépression profonde qui part un peu en arrière du lobule, et qui vient, traversant la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne gauche, se perdre vers la partie supérieure du cartilage thyroïde.

Tous les tissus des régions avoisinantes sont le siège d'une induration considérable, ligneuse, qui s'étend en haut jusqu'à l'arcade zygomatique, se prolonge fort en avant jusqu'aux limites les plus antérieures de la région parotidienne, descend en bas sur toute la

partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne gauche, envahissant même le chef claviculaire de ce muscle, et enfin dépasse le pavillon de l'oreille et l'apophyse mastoïde.

Dans toute cette étendue, mais surtout au niveau de la région parotidienne en avant du tragus, et en arrière du pavillon dans la région mastoïdienne, la peau fortement épaissie et indurée, faisant corps avec les tissus sous-jacents, adhère fortement à toutes les parties voisines; elle est en même temps très colorée, d'un rouge vif, dans toute l'étendue de l'induration et même au delà.

Cette masse indurée est sillonnée çà et là de plis ou dépressions peu profondes déterminant des saillies bosselées plus ou moins considérables et limitant des nodosités encore plus dures, dont les unes siègent simplement dans la peau, dont les autres occupent le tissu cellulaire sous-cutané et même les tissus plus profonds. C'est ainsi qu'en avant du tragus existe une petite saillie étalée du volume d'une petite noisette, et qu'immédiatement en arrière du pavillon on en trouve une autre du volume d'un gros pois siégeant principalement dans la peau; dans d'autres endroits, et notamment à la partie supérieure du masséter, l'induration présente un véritable semis de petites saillies du volume d'une grosse tête d'épingle, rappelant beaucoup l'aspect dit « en peau d'orange ».

La glande parotide participe d'une façon des plus manifestes à l'induration et à la rétraction de tous les tissus de la région ; je n'ai pas pu savoir si c'était par elle qu'avaient débuté les lésions.

Le pavillon de l'oreille est épaissi, induré, sclérosé, surtout dans sa moitié inférieure; il semble que l'entrée du conduit auditif externe soit rétractée à l'intérieur, le tragus et l'antitragus venant pour ainsi dire converger vers l'orifice. Outre cet épaississement, nous devons signaler la coloration presque violacée du pavillon, qui est comme le centre plus foncé des modifications de coloration que nous avons déjà signalées sur toute la tumeur.

L'exploration du conduit auditif est rendue impossible par le gonflement et la sclérose du pavillon qui se prolonge dans le conduit auditif externe, d'où il résulte que celui-ci est transformé en une fente verticale ne permettant pas l'exploration.

En descendant encore pour compléter l'exploration de la tumeur, nous ajouterons que le sterno-mastoïdien, et surtout son faisceau claviculaire, participe au ratatinement de tous les tissus voisins avec lesquels il est absolument confondu à la partie supérieure.

L'induration se prolonge plus bas sur le faisceau claviculaire sans atteindre cependant tout à fait l'insertion claviculaire.

Étant donné cette induration et la rétraction qui caractérisent spécialement cet épaississement des tissus, il est facile de comprendre la raideur et la difficulté des mouvements de la tête et du cou, ainsi que l'inclinaison du côté malade qui constituent un véritable torticolis.

Ajoutons, pour terminer, que l'exploration de la bouche et du pharynx ne révèle absolument aucune lésion.

Comme phénomènes fonctionnels et généraux, nous devons encore noter une conservation remarquable de l'état général, un amaigrissement à peine marqué, l'absence de tout signe de cachexie. L'exploration des autres organes ne révèle aucune altération cancéreuse.

Localement une indolence absolue tant spontanément qu'à la pression, à peine parfois quelques élancements spontanés dans la région temporale, quelques fourmillements vers la clavicule. Absence complète de troubles cérébraux, ni vertiges ni éblouissements.

On doit signaler seulement une insomnie constante, fort pénible, produite surtout par de l'inquiétude et une sensation de chaleur qui s'étend à toute la moitié gauche de la tête et du cou.

L'acuité visuelle est normale à gauche; quant à l'oreille, l'acuité auditive est moindre à gauche qu'à droite ; la montre perçue à 10 centimètres à droite ne l'est guère qu'à 5 centimètres à gauche. A l'oreille droite, il n'y a aucun bourdonnement; à gauche, au contraire, ils sont très marqués, surtout dans la position horizontale, et se traduisent par une série de battements nullement isochrones au pouls.

Diagnostic : squirrhe en plaques ou en cuirasse de la région parotidienne.

Longtemps gardé en observation, soumis encore au traitement par l'iodure de potassium, la tumeur ne semble pas faire grands progrès; le malade va à Vincennes le 10 mai 1882.

Il a été revu dans les dix premiers jours d'août : la tumeur s'était encore étendue en bas, elle avait envahi presque toute la peau jusqu'à la clavicule.

OBSERVATION III (PERSONNELLE)

SQUIRRHE ATROPHIQUE

A l'époque où j'observais, chez M. Duplay, ces deux types de squirrhe parotidien, j'ai rencontré une femme âgée de plus de 60 ans, petite, sèche, qui était certainement atteinte de squirrhe atrophique de la parotide.

Je n'ai malheureusement pu avoir aucun renseignement historique, mais il existait une paralysie faciale unilatérale complète, un enfoncement du creux parotidien d'où partaient des rayons certainement squirrheux, sans grand changement de coloration du tégument externe. L'oreille était entièrement recroquevillée, ratatinée vers la conque. — La déformation d'ensemble était frappante.

Ce fait, quelque incomplet qu'il soit, prouve que la forme atrophique n'existe pas à titre d'exception chez notre malade; c'est certainement une forme rare, mais on peut néanmoins la rencontrer.

Je mentionne encore ici, pour mémoire, deux faits analogues dont j'ai déjà parlé comme se rattachant à l'histoire du squirrhe de la parotide.

L'un m'a été communiqué par M. le professeur Gosselin ; il s'agissait d'un malade âgé de plus de 65 ans, venu de Clermont-Ferrand. On fut d'avis de ne pas tenter l'extirpation.

Le second fait a été observé par mon exellent maître, M. Léon Labbé, chez un homme du même âge, avec la même forme squirrheuse et la même marche lente.

ENCÉPHALOÏDE

OBSERVATION I

D'après les notes communiquées par M. le professeur Trélat et les précieux renseignements fournis par mon excellent maître et ami M. le Dr P. Segond.

Dupont Prosper, âgé de 48 ans, scieur de long, entre, le 14 décembre 1882, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, lit n° 12.

Antécédents héréditaires — Mère morte, à l'âge de 54 ans, d'un cancer probable de l'estomac.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 7 ans, glandes suppurées des deux côtés du cou.

Homme grand, fort, vigoureux, figure très énergique.

Histoire de la maladie. — Début il y a cinq mois, vers le milieu du mois de juillet 1882.

Le malade s'aperçoit de l'existence d'une *petite grosseur* du volume d'un petit pois mobile sous la peau dont la coloration était normale et qui ne présentait pas l'aspect de peau d'orange ; cette tumeur était située à l'angle de la mâchoire, du côté gauche.

Depuis cette époque, accroissement lent et progressif. Il y a cinq semaines, la grosseur devient plus douloureuse. — *Douleurs* locales, spontanées, élancements profonds, battements dans la moitié correspondante de la tête (moitié gauche). La *bouche est déviée ;* impossibilité de siffler, de fermer complètement l'œil gauche.

Difficulté de mâcher du côté gauche.

Écartement des mâchoires, difficile au delà d'un certain point ; retentissement douloureux pendant la mastication.

Troubles de l'audition n'ont fait qu'augmenter depuis cette époque ; amaigrissement, diminution des forces.

Depuis quinze jours, accroissement rapide, douleurs plus vives, insomnie.

Etat actuel. — 15 décembre. — Sensations de bosselures fermes dont une ou deux commencement à adhérer à la peau et à la froncer. Immobilité profonde, totale ; fixité, pénétration profonde, creux parotidien comblé.

Ganglions sous-maxillaires, sous-sterno-mastoïdiens. Phénomènes nerveux : facial, acoustique.

Dimensions de la masse principale au compas d'épaisseur : 6 centimètres environ verticalement et transversalement.

Pas de différence dans la température locale des deux côtés.

Diagnostic clinique : Carcinôme de la parotide, le seul qu'on puisse faire aujourd'hui, attendu que la multitude des tumeurs mixtes nous jette dans une confusion regrettable.

« Si l'on me traquait dans mon repaire, disait M. Trélat dans sa clinique du 18 décembre 1882, je dirais donc : carcinôme, mais j'ajouterais : il y a, peut-être d'autres tissus mélangés à la masse. »

Dans ces conditions, l'opération serait forcément incomplète, redoutable, dangereuse pendant son exécution. Abstention chirurgicale. Traitement médical.

Janvier. — Augmentation rapide. Adhérences certaines plus marqués, douleurs névralgiques intenses, quatre injections de morphine par jour au 30 janvier.

Février. — La tumeur va s'ulcérer. Douleurs croissantes. Le malade fait peine à voir.

25. — La tumeur est ramollie, converte d'arborisations vasculaires ; d'énormes veines rampent à la surface de la tumeur; celle-ci est doublée de volume, ulcérée. Hémorragies veineuses. Orthopnée. Hébétude morphinique.

Mort le 5 avril, avec foyers analogues dans le foie, le poumon, le mésentère.

Analyse histologique par le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la clinique chirurgicale de Necker.

L'ensemble de la tumeur est constitué par d'énormes alvéoles remplis d'une masse de cellules, soit rondes, soit fusiformes. Nous trouvons donc réunis tous les caractères du carcinôme.

En outre, il existe des détails sur lesquels il est bon d'appeler l'attention. La tumeur qui nous occupe a subi un développement rapide, elle s'est ulcérée. Il en est résulté un aspect histolo-

gique qu'on ne rencontre pas dans les tumeurs à marche plus lente.

Ici nous voyons, en effet, les cellules contenues dans les alvéoles se multiplier à l'infini et donner naissance à des éléments embryonnaires qui revêtent divers caractères selon leur âge, depuis la cellule ronde ou ovale, jusqu'à l'élément fusiforme très allongé.

Quant au stroma, on le retrouve en quelques points avec son aspect fibreux primitif; mais, dans la majeure partie du tissu, il suit l'exemple des alvéoles et se montre infiltré de nombreux éléments en voie de prolifération.

Nous avons donc sous les yeux un exemple de carcinôme à marche envahissante qui s'est ulcéré et dont les éléments d'origine sont plus ou moins transformés par l'évolution.

Notons encore que le foie et le poumon étaient farcis de nodules constitués d'après le type que nous venons de décrire.

Les cellules hépatiques offraient deux altérations, soit la dégénérescence graisseuse, soit une atrophie granuleuse des plus accentuées.

AUTRES DOCUMENTS MOINS COMPLETS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU CARCINÔME

J'ai rassemblé sous ce titre tous les renseignements relatifs au cancer qui figurent dans un certain nombre d'observations et notamment dans celle de la thèse d'A. Bérard, il sera facile de se convaincre de tout ce que ces observations offrent d'incomplet ou de douteux et de l'utilité qu'il y a à reconstruire sur de nouveaux faits l'histoire du carcinôme parotidien.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1847, t. XXII, p. 100) (résumée).

M. Macquet présente une tumeur parotidienne extirpée par Blandin.

Femme de 60 ans, début deux ans, peu volumineuse pendant deux mois, a beaucoup augmenté depuis huit jours.

Elle occupait la face externe de la parotide, commençant au-dessous du conduit auditif externe et s'étendant jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire.

Tumeur lisse, molle et pourtant résistante avec un point très rénitent. Compression du conduit auditif rendant l'ouïe moins facile.

La tumeur, incisée après l'extirpation, a laissé suinter un liquide jaunâtre, analogue à celui de l'encéphaloïde ; elle est composée de vaisseaux nombreux et d'une pulpe d'aspect encéphaloïde. Pas d'hérédité, pas de généralisation.

(1851, t. XXVI, p. 82 (résumée). Observ. de Lecomte).

Militaire, 40 ans. Petite tumeur de l'angle du maxillaire gauche. Extirpation. Récidive. Nouvelle extirpation. Nouveaux bourgeons cancéreux un mois après.

Examen de Lebert. Éléments cancéreux. Développement incomplet des tumeurs à marche rapide ou des cancers récidivés.

(*Bulletins de la Société de chir.*, t. I, p. 492).

Chassaignac. — Discussion de la ligature conditionnelle de la carotide primitive pour l'extirpation de la parotide.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, porteur d'une énorme tumeur encéphaloïde, ulcérée, siégeant à la région parotidienne droite. Cette tumeur envoyait un prolongement vers la carotide. (*Rapport de Maisonneuve sur les opérations faites par Gensoul*, 27 août 1851.)

Mémoire de Triquet. Diagnostic douteux. Cancer ou sarcôme.

(*Arch. méd.*, 4e série, 1852. Obs. V. Variété encéphaloïde; extirpation sans blessure de la carotide.)

Le 12 mai 1847, est entré salle Saint-Charles, service de M. le professeur Denonvilliers, Leblond Louis, âgé de 22 ans, peintre en bâtiments. Il porte une tumeur à la région parotidienne droite ; rien de semblable dans sa famille.

Il y a un an qu'il commença à éprouver quelques douleurs sans cause connue dans la région parotidienne droite, bientôt une petite grosseur s'y fit sentir. Aucun traitement ne fut mis en usage; mais, quelques mois plus tard, la tumeur augmenta rapidement, les douleurs étaient *vives, lancinantes, presque continues*. Le malade effrayé vint demander son admission à l'hôpital.

C'est un jeune homme blond, d'une taille assez élevée, dont la santé paraît délicate ; il affirme cependant qu'il n'a jamais été sérieusement malade. Du reste, toutes ses fonctions paraissent en bon état. L'affection de la région parotidienne semble tout à fait locale. La tumeur est unique, plus grosse qu'un œuf, dont elle offre assez bien la forme.

La grosse extrémité répondait à la peau. Celle-ci roule facilement sur les différentes bosselures de la tumeur.

Les mouvements de mastication sont à peine gênés. Au toucher, la tumeur est généralement dure, mais c'est une dureté en quelque sorte élastique; çà et là, elle cède un peu sous le doigt sans pour cela être molle ou fluctuante. On ne remarque point de saillie dans le pharynx. Aucune trace d'engorgement dans les ganglions environnants.

M. Denonvilliers diagnostique une tumeur cancéreuse se fondant sur ce que :

1° Elle avait commencé sans cause connue, s'était développée lentement d'abord;

2° Puis accroissement rapide après quelques mois;

3° Douleurs vives;

4° La jeunesse du malade aurait peut-être dû tout d'abord éloigner l'idée de cancer; mais, si le squirrhe est rare à 22 ans, l'encéphaloïde est malheureusement chose commune.

Extirpation. — La tumeur était enkystée, elle était confondue

avec le prolongement antérieur ou massétérin de la glande parotide.

Pas de lésion de la carotide, mais hémiplégie faciale.

Examen de la tumeur. — Après l'avoir débarrassée du kyste enveloppant, on remarque à sa surface plusieurs points saillants, bosselés. La portion qui était sous-cutanée est élargie, celle qui plongeait dans l'excavation parotidienne n'est guère qu'un bord étroit.

Avant d'arriver au tissu propre de la tumeur, il faut encore enlever une couche fibreuse résistante qui l'entoure complètement et se moule sur ses différentes inégalités. Si on le fend longitudinalement, on voit que son intérieur est cloisonné par un grand nombre de lamelles fibreuses très minces et souvent incomplètes. Leur réunion semble former plusieurs loges différentes.

L'aspect du tissu morbide n'est point uniforme ; ici le tissu est dur et crie sous le scalpel, là la couleur est opaline, blanc bleuâtre, avec des teintes grises et la pression en exprime un suc visqueux, grisâtre. Plus loin, c'est une bouillie rougeâtre ; au centre et surtout dans les noyaux de la surface, on trouve de petits foyers sanguins mêlés à de la matière encéphaloïde et creusés au milieu par des sortes d'alvéoles dont la réunion compose la masse morbide.

La vascularité est considérable. On y distingue facilement et à l'œil nu des vaisseaux petits et nombreux. C'était donc une tumeur encéphaloïde avec quelques points squirrheux (Lebert et Robin). C'était bien la glande elle-même, continuée avec la tumeur ; il restait encore quelques vestiges intacts.

Guérison en trois semaines. Trois mois après, guérison de l'hémiplégie faciale.

OBSERVATION DE MOORE (*Med. Times.* 1869, t. II, p. 489).

Tumeur cancéreuse de la région parotidienne, traitée par les caustiques après ligature de la carotide primitive.

Ce cas est intéressant par suite de l'action rapide des caustiques.

Benjamin M..., 25 ans, marié... Traité depuis trois mois pour une tumeur du cou considérée par les médecins comme une adénite strumeuse. Vue par les chirurgiens, la tumeur paraît être « d'aspect indubitablement cancéreux avec tubercules et grandes ramifications veineuses à la surface ».

Le microscope a montré que la tumeur était formée de cellules à noyaux se multipliant rapidement.

Il y eut plusieurs hémorrhagies, qu'il fut difficile d'arrêter. Le malade entre à l'hôpital. Il est pâle, anémié par les hémorrhagies. La tumeur est saillante, en partie ulcérée, dépassant le lobule de l'oreille gauche, occupant toute la région parotidienne, mesurant 4 pouces et demi d'étendue, allant de la joue au front et paraissant adhérer aux os. La tumeur est pulsatile et douloureuse.

Au-dessus de la clavicule, deux ou trois ganglions auxquels aboutissent des lymphatiques indurés.

Nouvelle hémorrhagie grave provoquant la ligature de la carotide primitive.

1er *octobre*. — Nuit bonne, température un peu plus élevée du côté gauche. Conjonctive droite plus injectée. Pupilles égales. Douleurs calmées par l'hyosciamine.

On applique de la pâte au chlorure de zinc. La tumeur s'arrête bientôt, l'état général s'améliore.

Réflexion. — Il ne serait pas impossible qu'on ait eu affaire à un sarcôme malin.

EXTRAIT DE LA THÈSE DE PLANTEAU

Examen d'un cancer parotidien sans renseignements.

Homme de 50 ans. Début, un an. — Je dois à l'obligeance de M. le docteur Monod d'avoir pu étudier des préparations provenant d'un malade qui a succombé vers la fin de 1875 dans le service de M. Broca, à l'hôpital des Cliniques. Ce malade portait une tumeur assez volumineuse de la parotide. A l'autopsie, on trouva des tumeurs secondaires dans le foie et les poumons. Ces préparations montraient que la tumeur était constituée : 1° par un tissu fibreux analogue au tissu cicatriciel ; 2° les faisceaux qui formaient ce tissu constituaient des loges plus ou moins volumineuses, en général de forme ovalaire dans lesquelles se trouvaient des cellules de forme irrégulière et de volume très variable.

Otto Weber, cité par Planteau, aurait publié *in Journal de Pitha et Billroth*, 1866, p. 391, deux cas de cancer squirrheux de la parotide correspondant au type du cancer du tissu cellulaire comme on l'observe dans les autres glandes.

Je n'ai pas pu retrouver cette indication.

Les observations XLVI et XLIX de la thèse de Bérard sont des exemples incontestables de cancer. Nous en résumons les principaux

caractères pour constituer aussi complètement que possible le dossier du carcinôme.

OBSERVATION XLVI

(Thèse A. Bérard, 1841, par Gensoul. *Archives gén. de médecine*, t. XVII, p. 610, 1828.)

Homme de 63 ans. — Tumeur de la parotide droite. Date du début : dix mois environ. Marche rapide. Douleurs lancinantes. Ulcération à bords boursouflés, grisâtres, d'où coulait une sanie fétide. Extirpation. Mort six mois après.

Altérations de l'estomac et du foie *incompatibles* avec la vie, très probablement cancer.

La tumeur extirpée était composée d'une masse de tubercules gangliformes, d'un tissu grisâtre et lardacé ; au-dessous d'eux se trouvait un véritable tissu squirrheux.

Il repullula des végétations qui furent enlevées. Il en revint d'autres, on les enleva. Cicatrisation. Mort six mois après. Juin 1825.

OBSERVATION XLIX

(Thèse A. Bérard, par Lisfranc. *Revue médicale*, t. IV, 1826, p. 352.)

Bien qu'intitulée tumeur fibreuse, cette observation doit être rattachée à notre sujet.

Homme de 60 ans. — Tumeur bosselée, dure en quelques points, fluctuante en d'autres, recouvrant la branche de la mâchoire, la région parotidienne et la moitié supérieure du cou. Peau amincie, rouge, adhérente à la tumeur.

Après extirpation, on trouve une tumeur de nature fibreuse, *lardacée en quelques points,* ramollie en d'autres et à l'état de dégénérescence cérébriforme.

Mort six semaines après.

OBSERVATION XXXVII

(Thèse A. Bérard. Roux, Hôtel-Dieu. *Gaz. des hôpit.*, 1837, 18 juillet.)

EXTIRPATION DE LA PAROTIDE

Au mois de juin est entrée Eulalie Colin, âgée de 30 ans, couturière, constitution lymphatique. Elle est mariée depuis onze ans,

six enfants, quatre nourris par elle ; la santé a beaucoup souffert de toutes ces couches, elle n'a jamais été bien portante depuis.

Il y a deux ans que, sans cause appréciable, la glande parotide du côté droit a commencé à se gonfler. Le gonflement est allé peu à peu en augmentant, sans causer de douleurs, jusqu'à la fin de la première année.

Au bout de ce temps, des douleurs ayant le caractère de celles qui accompagnent les engorgements squirrheux et cancéreux se sont manifestées. La malade les compare à de violentes piqûres d'épingles. Au commencement de la deuxième année, la paralysie du nerf facial a eu lieu, par suite du gonflement et de la dureté de la glande, qui exerce une compression directe sur le tronc de la septième paire de nerfs. Il est probable que ce nerf ne participe pas à l'état squirrheux de la glande, car on sait très bien que les nerfs résistent pendant longtemps à la dégénérescence cancéreuse.

La maladie a marché avec lenteur, puisque la tumeur n'a pas plus de deux fois et demi environ le volume de la glande normale. Du reste, elle est presque complètement immobile.

Extirpation. — Mort au vingtième jour de péritonite. L'autopsie mentionne que le travail de cicatrisation de la plaie était arrêté. Une très petite portion de la parotide avait échappé à l'opérateur.

OBSERVATION SUR LA LIMITE DU CANCER ET DES TUMEURS TRANSFORMÉES, PENCHANT PLUTÔT DE CE CÔTÉ

OBSERVATION LI

(Thèse A. Bérard. *Archives gén. de médec.*, t. IV, 1re série, p. 60.)

Homme de 47 ans. Début, huit ans. — Tumeur d'abord ronde, mobile, sans changement de couleur de la peau. Puis, plus tard, douleurs lancinantes, développement rapide, immobilité. Adhérences. Ulcération.

Extirpation. — L'examen de la tumeur fait voir partout du tissu squirrheux et même une portion ramollie.

OBSERVATIONS INCOMPLÈTES OU DOUTEUSES

OBSERVATION V

(Thèse A. Bérard, Warren.)

Homme de 60 ans. — Entré pour une affection cancéreuse du côté gauche de la face et du cou. Étendue : diamètre, 3 à 4 pouces. Les bords durs, d'un rouge livide, le centre ulcéré. Tumeur douloureuse. L'état général du malade se ressentait de la présence de cette affection.

La maladie envahissait la glande parotide, la sous-maxillaire et la sublinguale, ainsi que les tissus environnants, excepté la mâchoire inférieure.

OBSERVATION VI

Thèse Bérard. David Hérel, rapportée par Cullerier, *Journal général de méd. et pharm.*, t. XXVI, p. 289, année 1806.)

Une dame avait, depuis trois ans, une tumeur parotidienne gauche qui descendait sur le cou. Petite d'abord, cette tumeur était parvenue à un volume de 4 pouces et demi de long sur 4 pouces de largeur, sans compter différentes petites tumeurs accessoires. La couleur de la peau était variée de rouge, de violet, de citrin, et parsemée de vaisseaux sanguins développés; elle avait l'aspect, la dureté, la sensibilité d'un squirrhe bien caractérisé.

Extirpation. — Ligature de ce qu'on ne peut disséquer, il reste une partie de la glande squirrheuse.

OBSERVATION X

(Th. Bérard. 2e catég. Observ. de Moulinié. *Gaz. des Hôpit.*,1833, p. 460.)

Première observation. — Fourcade Denis, vigneron, âgé de 45 ans, était entré à l'hôpital le 31 octobre, pour une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située sur la partie latérale droite de la face. Elle paraissait dépendre du développement de la portion faciale de la glande parotide.

Cependant cette tumeur, étant un peu molle et élastique, pouvait

être prise pour un kyste. Il n'était pas impossible qu'un obstacle quelconque à l'écoulement de la salive par le canal de Sténon n'occasionnât la rétention de ce fluide, et, par là, la sorte de fluctuation remarquée.

Une opération était indiquée. Proposée au malade, il en fut effrayé et sortit de l'hôpital.

Il y rentra le 7 février suivant ; voici ce qui fut noté sur le cahier de clinique :

Il était dans un état pitoyable, hâve, maigre, ne pouvant supporter sa tête ; sa tumeur avait acquis un volume prodigieux, elle envahissait le pavillon de l'oreille, elle avait environ 5 pouces de diamètre en tous sens ; elle était ulcérée, exhalait l'odeur la plus infecte ; il s'opérait de fréquentes hémorragies qu'on n'arrêtait qu'avec d'extrêmes difficultés.

État désespéré. On se décide à l'extirpation. Opération incomplète. Mort d'accidents fébriles étrangers, un certain temps après.

Deuxième observation. — Homme de 40 ans. Cancer fongoïde, ulcéré, matière ichoreuse fétide. Tumeur occupant la joue droite, refoulant le pavillon de l'oreille.

Extirpation. — Détails trop incomplets.

OBSERVATION XIII

(Palfin. *Anat. chirurg.*, t. II, p. 406.)

Fille de 14 ans. — Tumeur parotidienne remontant à cinq ans. Opération. Récidive sur place à 27 ans.

Morte à cette époque d'une extension du mal à la bouche.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Siebold (Ch. Gasp.). *Resp. Orth. Dissertatio de schirrho parotidis, ejusque cura, cum annexa extirpatæ historia* (Wurcebourg, 1793, in-4).

Siebold (J. Barth.). *Historia systematis salivalis physiologice et pathologice considerata; accessoria ex eadem doctrina corollaria chirurgica* (Iena, 1797.)

Murat. *La Glande parotide*. Th. Paris, an XI, 1803.

Martin d'Origny. Th. Paris, 1815.

Kyll. *Dissert. de induratione et extirpatione glandulæ parotidis* (Bonn, 1822).

Hourmann (J.). *Dissert. sur l'extirpation de la glande parotide*. Th. Paris, 1824, in-4.

Braambergh (Henri-Étienne). *De extirpatione glandulæ parotidis et submaxillaris*. Groningue, 1829.

Duguied (P. Hug.). *De l'extirpation de la parotide squirrheuse*. Th. Paris, 1829, in-4.

Aug. Bérard. Thèse de concours de méd. opér., 1841.

Article *Parotide* du *Dictionnaire en* 30 *volumes*.

— — 60 *volumes*.

Compendium de chirurgie, tome III.

Boyer. *Mal. chirurg.*, tome VI.

Vidal de Cassis.

Nélaton.

Follin et Duplay.

Delorme. Art. *Parotide* du *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*.

Pour compléter cette étude, on consultera avec fruit :

Favenc. Th., 1856.

Jean. *Diagnostic des tumeurs parotid*. Th. Paris, 1873.

Branlat. *Histoire des tumeurs parotid.* Th. Paris, 1874.

Mémoire de **Demarquay**. *Union médicale*, 1857.

Triquet. *Archiv. gén. de méd.*, 4e série 1852, t. XXIX, p. 161.

Sur l'enchondrôme :

La collection des *Bulletins de la Société anatomique.*

Bulletins Société de chirurgie, 1851-55-56.

— *Acad. de méd.*, 1858.

Mémoire de **Dolbeau**. *Gaz. hebd.*, 1858.

Thèse de **Fereira Alvim**, 1866.

— de **Masse**, 1868.

Sur l'hypertrophie et les tumeurs mixtes :

Mémoire de **Bauchet**, *in Mém. de Soc. de chir.*, tome V.

Planteau. Th. Paris, 1875. *Tumeurs hypertrophiques complexes de la parotide.*

Sur l'épithélioma :

Bull. soc. anat. 1872, Discussion Verneuil-Cauchois.

A l'étranger : **Pitha** et **Billroth.**

— **Wirchow's** *Archiv.*

— **Paget.** *Lectures on Surg. path.*

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 15364.

G. MASSON, ÉDITEUR, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

RÉCENTES PUBLICATIONS

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du D[r] Dechambre :

1[re] série, tome XXIX, 2[e] partie :

Principaux articles : *Diaphragmatique*, par MM. Boursier, Henocque et Eloy; *Diarrhée*, par MM. du Cazal et Mahé; *Digestion*, par M. Carlet; *Dioptrique*, par M. Gariel; *Diphthérie*, par M. Sanné; *Dissection*, par M. Aubry.

2[e] série, tome XIX, 2[e] partie :

Principaux articles : *Oxygène*, par MM. Lutz et E. Labbée; *Ozène*, par M. Brochin; *Ozone*, par M. Hahn; *Pachidermique*, par M. Féris; *Pain*, par M. Coulier; *Palais*, par MM. Gayraud et Aubry; *Paléontologie*, par M. Vezian.

3[e] série, tome XIII, 1[re] partie :

Principaux articles : *Suette*, par M. Léon Colin; *Sueur*, par MM. du Cazal et François-Franck; *Suffocation*, par M. Morache; *Suicide*, par M. Tourdes.

Prix de chaque fascicule. . 6 fr.

Traité des maladies puerpérales, Étude clinique par le D[r] F. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière. 1 vol. gr. in-8° avec 15 tracés thermométriques dont 2 planches hors texte. . . . . . . 15 fr.

(*Extrait de la Préface.*)

. . . .

C'est avec les nombreuses observations réunies pendant ces onze années de pratique hospitalière que j'ai entrepris l'œuvre, peut-être téméraire, de grouper autour de lésions initiales qui ont leur siège dans les organes génitaux, les manifestations complexes et variées de l'état puerpéral pathologique . . . .

Ce livre s'appuie donc essentiellement sur mes observations personnelles; c'est moins un traité complet des maladies puerpérales que l'exposition minutieuse et raisonnée de faits que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

En un mot, ramener les phénomènes confus des maladies puerpérales à de simples accidents chirurgicaux et chercher dans l'hygiène le moyen de les prévenir, tel a été le but de cet ouvrage.

Traitement de l'engorgement du col utérin, par les cautérisations avec le caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié), par le D[r] G. Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris. Gr. in-8° . . . . 2 fr. 50

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay. Tome VII, premier fascicule, Maladies des organes urinaires (*Suite*) . . . . . 4 fr.

Le tome VII complètera l'ouvrage.

Tomes I à VI, 6 forts volumes in-8° avec environ 1000 figures dans le texte . . . . 84 fr.

Hygiène et médecine des familles. Deuxième série des Tablettes du Docteur, par le D[r] H. Vigouroux, médecin-inspecteur des Écoles du IV[e] arrondissement de Paris. 1 vol. in-18. . . . . 3 fr. 50

La 1[re] série, parue en 1882, est vendue. . . . . 3 fr. 50

Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent, faites à l'hospice de l'Antiquaille, par M. Albert Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon. Brochure grand in-8° . . 3 fr. 50

Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, emploi et indications, lésions traumatiques, scrofule et tuberculose locale, syphilis, maladies cutanées, par le D[r] Eugène Rochard, médecin de 1[re] classe de la marine, avec une préface de M. Jules Rochard, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général du service de santé de la marine. 1 vol. in-18 de la collection diamant. Cart. à l'anglaise . . . . 5 fr.

Estomac et cerveau. Étude physiologique, chimique et thérapeutique par le D[r] Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. 1 volume in-8°. . . . . 3 fr. 50

Notes sur Xavier Bichat, par le D[r] A. Chereau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8°. . . . . . . 1 fr.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 15364.